Aus der Psychosomatischen Abteilung
(Leiter: Prof. Dr. med. H. Molinski)
der Universitätsfrauenklinik Düsseldorf
(Direktor: Prof. Dr. med. L. Beck)

Einige Aspekte des Selbstbildes amenorrhoischer Frauen unter besonderer Berücksichtigung des Erlebens von Körperprodukten

Dissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf

vorgelegt von
Irene Wensel
1983

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543926_0029

Aus der Psychosomatischen Abteilung
(Leiter: Prof. Dr. med. H. Molinski)
der Universitätsfrauenklinik Düsseldorf
(Direktor: Prof. Dr. med. L. Beck)

Einige Aspekte des Selbstbildes amenorrhoischer Frauen unter besonderer Berücksichtigung des Erlebens von Körperprodukten

D i s s e r t a t i o n

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
Der Medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf
vorgelegt von
Irene Wensel
1983

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen
Fakultät der Universität Düsseldorf

Der Dekan
der Medizinischen Fakultät
der Universität Düsseldorf

gez.:
Herr Prof. Dr. Brüster

Referent
gez.:
Herr Prof. Dr. Molinski

Korreferent
gez.:
Frau Prof. Dr. Rechenberger

A b s t r a c t

Wensel, Irene:

Einige Aspekte des Selbstbildes amenorrhoischer Frauen unter besonderer Berücksichtigung des Erlebens von Körperprodukten

Diese descriptive Studie beschäftigt sich mit dem Selbstbild von Patientinnen mit primärer und sekundärer Amenorrhoe unterschiedlicher Genese. Ich habe mit 19 primär amenorrhoischen sowie 36 sekundär amenorrhoischen Frauen in der Hormonambulanz der Universitätsfrauenklinik Düsseldorf Gespräche geführt, wobei mich besonders der Grund des Kommens, die Bewertung der Amenorrhoe, die Beschreibung der auslösenden Situation, das Erleben der Menarche, die Beziehung zu den Eltern sowie die Haltung zum erwünschten Kind interessierte. Gleichzeitig habe ich diese Frauen mit Hilfe des Freiburger Persönlichkeits-Inventars (FPI) untersucht sowie einer Patientenuntergruppe und einer Kontrollgruppe von menstruierenden Frauen ein selbstentworfenes Instrument zur Erfassung der Einstellung zu Körperausscheidungen und -produkten, das Semantische Differential, gegeben.

Ergebnisse: Im FPI zeigt sowohl die Gruppe der primär als auch die der sekundär amenorrhoischen Frauen ein unauffälliges Bild. Sie antworten so, wie es 54% der Eichgruppe getan haben. Im Semantischen Differential erleben die sekundär amenorrhoischen Frauen sowohl ihre eigenen als auch die fremden Körperprodukte negativer als die Kontrollgruppe. Es ist keine eindeutige Negativbewertung des Menstruationsblutes im Vergleich zur Kontrollgruppe festzustellen.

Sowohl bei den primär als auch bei den sekundär amenorrho-

ischen Frauen sind die Mütter besorgt um die Menstruation ihrer Töchter. Das Bluten wird häufig unter dem Aspekt des Funktionierens gesehen. Bei einer Untergruppe ist der Kinderwunsch Anlaß zur Untersuchung. In der überwiegenden Zahl der Fälle läßt sich keine auslösende Situation beschreiben. Bei mehreren sekundär amenorrhoischen Patientinnen ist der pathodynamische Grundzug Angst. Die Angst ist mobilisiert worden bei Aufnahme von Beziehungen zum anderen Geschlecht oder der ersten Urlaubsreise ohne die Eltern. Bei einer weiteren Gruppe ist die Amenorrhoe ein Korrelat zur Depression. Das Ausbleiben der Menstruation tritt an die Stelle einer gelingenden Trauerarbeit oder ist Folge einer schwerwiegenden Kränkung und Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls. Wichtig ist die Abgrenzungsproblematik in der Beziehung zur Mutter. Sie wird gemäß des Entwicklungsstandes als symbiotisch, harmonisch oder eher als erdrückend, einengend erlebt. Der Protest gegen die Einengung wird nicht sozial wirksam; die Patientinnen erleben sich häufig als resigniert, ohnmächtig und leer. Es lassen sich keine gravierenden Unterschiede zwischen primär und sekundär amenorrhoischen Frauen dabei feststellen.

Die Menarche wird von den sekundär amenorrhoischen Frauen überwiegend als lästig und unangenehm empfunden oder gar nicht mehr erinnert.

Bei der Hälfte der Frauen ist keine Aussage über die Beziehung zum Vater möglich. Bei einer Minderheit wird der Vater als sehr mütterlich erlebt, eine weitere Gruppe erlebt den Vater als verständnislos, die dritte Gruppe der Väter ist intellektuell fordernd. Neben den Müttern nehmen die Väter eher ein insgesamt blasses Bild ein.

Bei den Kinderwunsch-Patientinnen fällt die Diskrepanz zwischen dem intensiv vorgebrachten Wunsch und den psychischen Möglichkeiten der Frau, Mutter zu sein, auf.
Ein wesentliches Ergebnis dieser Arbeit ist, daß es keine einheitliche Problematik der Patientinnen mit dem Symptom Amenorrhoe gibt. Es ist wichtig, jede Frau in ihrer Individualität zu verstehen sowie auch die Rückwirkungen von primär organischen Störungen auf das psychische Erleben zu sehen.

Danksagung

Hiermit danke ich Herrn Prof. Dr. med. H. Molinski für die Überlassung des Themas. Herrn Dr. med. W. Dmoch spreche ich meinen besonderen Dank aus für die zahlreichen Anregungen sowie die stetige Betreuung meiner Arbeit. Ebenso gilt mein Dank den Schwestern und Ärzten der Hormonambulanz der Universitätsfrauenklinik Düsseldorf für den Zugang zu Patientinnen, besonders Herrn Priv.-Doz. Dr. med. G. Freundl für die freundliche Hilfe bei der Bewertung der Hormondaten. Schließlich möchte ich allen Frauen, die sich für diese Untersuchung zur Verfügung gestellt haben und diese Arbeit erst ermöglicht haben, herzlichst danken.

Einige Aspekte des Selbstbildes amenorrhoischer Frauen unter besonderer Berücksichtigung des Erlebens von Körperprodukten

Inhalt

1. Definition und Klassifikation der verschiedenen Amenorrhoeformen
2. Literaturübersicht
3. Eigene Untersuchungen
3.1. Absicht der Untersuchung
3.2. Untersuchungsablauf
3.3. Untersuchungsmethode
3.3.1. Das Freiburger Persönlichkeits-Inventar (FPI)
3.3.2. Das Semantische Differential
3.3.2.1. Konstruktion des Semantischen Differentials
3.3.2.2. Anspruch und Aussagekräftigkeit des Semantischen Differentials
3.3.3. Das Gespräch
3.3.4. Methodenkritik
3.4. Fallgruppe
3.4.1. Auswahlkriterien
3.4.2. Gynäkologische Daten
3.5. Untersuchungsergebnisse
3.5.1. Auswertung des FPI
3.5.2. Auswertung des Semantischen Differentials
3.5.2.1. Reaktion auf den Fragebogen
3.5.2.2. Ergebnisse des Semantischen Differentials
3.5.3. Auswertung der Gespräche
3.5.3.1. Der Grund des Kommens
3.5.3.2. Die Bewertung der Amenorrhoe

3.5.3.3. Die Beschreibung der auslösenden Situation
3.5.3.4. Das Erleben der Menarche
3.5.3.5. Die Beziehung zur Mutter
3.5.3.6. Die Beziehung zum Vater
3.5.3.7. Die Haltung zum erwünschten Kind
3.5.4. Vergleich des Antwortverhaltens im FPI und im Semantischen Differential mit der Selbstdarstellung im Gespräch anhand von Beispielen
3.6. Zusammenfassung der Ergebnisse
4. Diskussion der Ergebnisse
5. Anhang
5.1. Das Freiburger Persönlichkeits-Inventar (FPI)
5.2. Das Semantische Differential
5.3. Abbildungen
5.4. Tabellen
5.5. Ausgewählte Gesprächsprotokolle
6. Literaturverzeichnis

1. Definition und Klassifikation der verschiedenen Amenorrhoeformen

Man versteht unter Amenorrhoe das Ausbleiben der monatlichen Regelblutung. Physiologisch ist die Amenorrhoe vor der Menarche, während der Schwangerschaft, während der Laktation und nach der Menopause (40).

Die pathologischen Amenorrhoen werden einmal nach dem Zeitpunkt des Eintretens unterteilt. Unter primärer Amenorrhoe versteht man das Nichteintreten der Menses nach dem Erreichen des normalen Menarchealters; in der Universitätsfrauenklinik Düsseldorf wird von primärer Amenorrhoe gesprochen, wenn die Patientin mindestens 16 Jahre alt ist. Sekundäre Amenorrhoe liegt vor bei Ausbleiben der Menstruation von mindestens sechs Monaten nach spontaner Menarche. Dieser Zeitraum erlaubt eine Abgrenzung gegenüber Oligomenorrhoen mit langen Intervallen.

Amenorrhoe ist ein Symptom. Ursächlich können die verschiedensten Störungen zugrunde liegen: chromosomale Entwicklungsstörungen, Hemmungsmißbildungen der Genitalorgane, hypothalamisch-hypophysäre Störungen, Hyperprolaktinämie, ovarielle Störungen, testikuläre Feminisierung, sekundär uterine Störungen sowie extragenitale endokrine Erkrankungen. Bei der sekundären Amenorrhoe überwiegen die hypothalamisch-hypophysären Störungen, wohingegen bei der primären Amenorrhoe eher andere Ursachen vorliegen (24).

Schließlich werden die verschiedenen Formen nach der Höhe des Gonadotropinspiegels klassifiziert in hyper-, hypo- sowie eugonadotrope Formen. Die WHO-Klassifikation unterscheidet sieben Untergruppen der Amenorrhoe gemäß der Höhe des Gonadotropin- und Prolaktinspiegels (45).

2. Literaturübersicht

In vielen älteren Arbeiten über Amenorrhoe wird oft über das Symptom berichtet, als handele es sich dabei immer um einen funktionellen vorübergehenden reversiblen Zustand; in den psychologischen Untersuchungen wird meist nicht berücksichtigt, daß es sich bei der Amenorrhoe nicht um eine ätiologische Einheit handelt.

Bei Frauen mit primärer Amenorrhoe liegen allerdings häufig schwerwiegende endokrine und genetische Störungen vor. Von einer Psychotherapie, falls sie überhaupt gewünscht wird, ist keine Symptomheilung und keine körperliche Nachreifung zu erwarten, sondern höchstens die Integration des kranken Körperbildes in die dem Individuum zur Verfügung stehenden realen Möglichkeiten (20).

Für Turner-Patienten beschrieben Alexander, Ehrhardt und Money (1) Defekte des Raumempfindens und der formalen Intelligenz. Eine mögliche Einschränkung der nichtverbalen Intelligenz wurde von Garron und van der Stoep (19) beobachtet. Über schizophrene Entwicklungen bei Frauen mit primärer Amenorrhoe und Chromosomendefekten berichteten Jullien u. a. (21) und Swanson (44). Mit dem gestörten Körperschema und den Folgen für die Geschlechtsidentität bei Patientinnen mit primärer Amenorrhoe bei Turner-Syndrom haben sich Pearlman u. a. (37) und Broustra u. a. (5) auseinandergesetzt. Broustra u. a. fanden keine spezifischen Zusammenhänge zwischen dem Chromosomendefekt und Schwachsinn und konnten auch das von Alexander u. a. beschriebene defekte Raumempfinden

nicht bestätigen. Der Kleinwuchs schien für das minderwertige Körpererleben eine noch weit bedeutsamere Rolle zu spielen als das Fehlen der sekundären Geschlechtsmerkmale. Im Rorschach-Test[1] zeigten sie die Vision eines zerstückelten inkompletten Teilkörpers. Weiter wurde bei diesen Kranken die Rolle der überbehütenden Mutter hervorgehoben, die sie nicht aus den kleinkindhaften Bindungen freigeben konnte.

Das Symptom der sekundären Amenorrhoe findet sich bei den verschiedensten Formen psychischer, psychosomatischer und somatischer Störungen. Der Begriff der Notstandsamenorrhoe, der ursprünglich von Tietze geprägt worden ist, (Elert (13)) ist schon historisch geworden. Das Phänomen der Kriegsamenorrhoe wurde von diversen Untersuchern in vielen Ländern der Erde gleichzeitig beobachtet (Bakofen in Berlin (3), von Lingen 1921 in Petersburg (26), Nilsson 1920 in Stockholm (32)). Es ist das Verdienst von Whitacre und Barrera (49), Angst und nicht Proteinmangel als für die Amenorrhoe auslösend erkannt zu haben. In den Konzentrationslagern des Zweiten Weltkrieges führten die extremen Traumatisierungen der Frauen zum Sistieren der Menses, noch ehe die Hungerdystrophie wirksam werden konnte (Bass (4)). Der Anatom Stieve hat eben-

1 Bei diesem 1922 von H. Rorschach entwickelten Test handelt es sich um zehn mit farbigen und nichtfarbigen Tintenklecksen bedruckte Tafeln, die von den Patienten frei zu deuten sind. Die Deutungen werden mit Hilfe eines differenzierten Signierungssystems nach ihrer Lokalisation, ihrer Determination, nach Farbe, Form, Bewegung usw., Häufigkeit und ihrem Inhalt verschlüsselt und unter einer allgemeinen Projektionshypothese persönlichkeitsdiagnostisch interpretiert.
(siehe Lexikon der Psychologie, Band III, S. 216)

falls Beweise erbracht, daß der pathodynamische Grundzug für die Amenorrhoe die Angst ist. In Erwartung einer Todesstrafe wurden bei seinen Beobachtungen fast alle Frauen amenorrhoisch, nur die durch ihre Glaubenshaltung angstfrei gebliebenen Bibelforscherinnen menstruierten normal weiter. Kam es bei den anderen nur zu einer Haftstrafe, so trat bei einem erheblichen Teil die Menstruation wieder ein. Von diesen lebensbedrohenden Ängsten bis zu den recht banalen Befürchtungen findet man die verschiedensten Anlässe, die uns eindeutig belehren, daß nicht die Schwere einer Phobie, sondern die subjektive Verarbeitung entscheidend ist (39).
Eine ausführliche Darstellung der Begriffs- und Theoriebildung der psychosomatischen Medizin sowie der Beziehung zwischen Psychosomatik und sekundärer Amenorrhoe findet sich bei Diederichs (11). Diederichs untersuchte mit Hilfe der psychologischen Anamnese, eines sozialmedizinischen Fragebogens, des Eysenck-Personality-Inventory (EPI), eines Fragebogens für psychosomatische Beschwerden (VELA) und einem Polaritätsprofil 50 sekundär amenorrhoische Frauen aus der Hormonsprechstunde zweier Universitätskliniken hinsichtlich ihrer Symptomatik, ihrer aktuellen Lebenssituation und Persönlichkeitsentwicklung. Weiterhin wurden Daten zum Sexualverhalten erhoben und aus den Krankengeschichten die wichtigsten endokrinologischen und gynäkologischen Parameter herausgezogen. Als Kontrollgruppe dienten 25 gynäkologisch unauffällige Frauen. Das wichtigste Ergebnis besteht darin, daß sekundär amenorrhoische Frauen eindeutig vermehrt neu-

rotische Tendenzen aufweisen, introvertierter und insgesamt psychosomatisch gestörter als vergleichbare Frauen aus der zyklusstabilen Kontrollgruppe sind. Weiterhin neigen sie noch zu anderen psychosomatischen Symptomen, z. B. Magenbeschwerden, Obstipation oder Adipositas. Besonders eindeutig sei das regelhafte Zusammentreffen von sekundärer Amenorrhoe und Sexualstörung. Ein spezifisches Persönlichkeitsprofil oder eine typische Konfliktdynamik sekundär amenorrhoischer Frauen konnten nicht gefunden werden.

Rosenkötter und Mitarbeiter (42) stellten dagegen die Hypothese auf, daß die funktionelle Amenorrhoe die somatische Entsprechung nicht einer Abwehr der weiblichen Genitalität und der weiblichen Rolle im weiteren Sinne, sondern einer Abwehr gegen die Mutterschaft ist. Rosenkötter et al. haben 57 Patientinnen sowohl mit primärer als auch mit sekundärer Amenorrhoe sowie Oligomenorrhoen und Patientinnen mit Stein-Leventhal-Syndrom untersucht. Die Autoren fanden zwei Patientengruppen. In der ersten Gruppe überwog die Abwehr (N=32). Die von der Abwehr bestimmten Patientinnen pflegten regelmäßig anzugeben, daß sie sonst keine Lebensschwierigkeiten hätten, daß bei ihnen alles in Ordnung sei und daß sie sehr glücklich sein könnten, wenn sie nur ihre Regel wieder hätten. Die Frage nach möglichen Zusammenhängen zwischen dem Auftreten der Amenorrhoe und lebensgeschichtlichen Ereignissen wurde fast immer schroff abgelehnt. Den Autoren fielen bei diesen Patientinnen bestimmte wiederkehrende Merkmale auf. Ihr Auftreten war geprägt von einem understate-

ment, das in manchen Fällen weit unter ihren Möglichkeiten lag und das diese Patientinnen unattraktiv und fade erscheinen ließ. Der Ausdruck "wie ein Schulmädchen" kehrte in den Protokollen immer wieder. Mit der zweiten Gruppe (N=23) war im Erstinterview ein guter Kontakt herzustellen. Diese Patientinnen hatten einen Leidensdruck, schilderten konfliktreiche Lebenssituationen und gaben meist auch andere psychosomatische oder psychoneurotische Symptome an. Die Autoren fanden bei 53 geschlechtsreifen Frauen im heiratsfähigen Alter 27 verheiratete Frauen, von denen aber nur neun Mütter waren. Selbst in diesen neun Fällen konnte die Mutterschaft nicht bejaht werden, sondern wurde sehr konflikthaft erlebt. Kelley und Mitarbeiter (23) fanden bei 26 Frauen mit sekundärer Amenorrhoe eine psychosexuelle Unreife, orale Konflikte, z. B. Freßimpulse nach emotional unbefriedigenden Erlebnissen und schizoides Denken, worunter sie z. B. Störungen des Körperschemas, mangelnde Definition der Körpergrenzen und insgesamt eine lückenhafte Realitätsprüfung verstanden.
Frick und Schindler (18) schlagen vor, grundsätzlich zwischen sekundären Amenorrhoen mit und ohne Gewichtsverlust zu unterscheiden, da dieser immer die Funktion hat, das weibliche Körperschema mehr oder weniger ernsthaft zu verändern, d. h. abzuschwächen oder zu neutralisieren. Er bringt also immer sehr deutlich das Ausmaß des Konflikts mit der Weiblichkeit zum Ausdruck. Je bedrohlicher diese erlebt wird, desto ängstlicher werden auch die äußeren Sexualattribute zu vermeiden oder zu kaschieren versucht. Frick und Schindler unterscheiden

drei Gruppen sekundärer Amenorrhoen:

1. Die Anorexia nervosa als schwere psychosomatische Erkrankung mit einem Gewichtsverlust von wenigstens 25% des Ausgangskörpergewichts, sekundärer Amenorrhoe und anderen psychosomatischen Symptomen wie Obstipation und Erbrechen, fehlender Krankheitseinsicht und totaler Ablehnung des Erwachsenenwerdens, speziell, eine erwachsene Frau zu werden, wobei sich die Angst vor allem auf die Sexual- und Fortpflanzungsfunktion richtet.
2. Die anorektische Reaktion, eine neurotische Fehlverarbeitung von Konflikten, die mit der psychosexuellen Entwicklung und dem Prozeß des Heranwachsens verbunden sind, mit unterschiedlicher, doch selten bedrohlicher Gewichtsabnahme, meist schwankend bis zu 10 kg, sekundärer Amenorrhoe, vorhandene Einsicht in das Bestehen von Konflikten, Leidensdruck und zumindest partieller Zuwendung in der Arzt-Patient-Beziehung.
3. Sekundäre Amenorrhoen ohne Gewichtsverlust als Reaktion auf aktuellen Streß unterschiedlicher Art, sei dies beruflicher oder sonstiger mit der Ausbildung verbundener Streß, Trennung vom Elternhaus, Angst vor Konzeption, akute Beziehungsschwierigkeiten und ähnliches.

Bei der Anorexia nervosa und der anorektischen Reaktion fanden die Autoren auch unterschiedliche endokrinologische Parameter. Der Prozentsatz mit niedrigen basalen LH-Werten und fehlender bzw. erniedrigter Ansprechbarkeit auf LH-RH ist bei der Anorexia nervosa signifikant höher als bei der anorektischen Re-

aktion. Während der Psychotherapie der Anorexia nervosa kam es zunehmend zu einem Anstieg des LH- und einem Absinken des FSH-Spiegels, so daß der im psychischen Bereich durch die Therapie angestrebte Prozeß der Nachreifung im echten psychosomatischen Sinn auch im körperlichen Bereich seinen Ausdruck fand.

Richter (41) und Müller (33) fanden ebenfalls eine Korrelation psychosomatischer und endokrinologischer Befunde. Richter untersuchte 27 Patientinnen mit sekundärer Amenorrhoe mit Hilfe des LH-RH-Tests und führte eine tiefenpsychologische Exploration durch. Anhand des LH-RH-Tests ließen sich vier Testgruppen unterscheiden. Aufgrund der tiefenpsychologischen Exploration konnten zwei Patientengruppen voneinander abgegrenzt werden. Bei Patientinnen der Testgruppen 1 und 2 mit einem LH-Gipfel unter 8 ng/ml fanden sich psychosomatische Fehlentwicklungen größeren Ausmaßes mit ausgeprägter körperlicher Begleitsymptomatik und überwiegend retentiven Persönlichkeitsstrukturen. Bei den Patientinnen der Testgruppen 3 (LH-Gipfel zwischen 8 ng/ml und 20 ng/ml) und 4 (LH-Gipfel zwischen 20 ng/ml und 37 ng/ml) fanden sich vornehmlich seelische Begleitsymptome, einhergehend mit einer besseren Einsicht in die eigene Konflikthaftigkeit.

Müller untersuchte 121 Frauen mit dem Gießen-Test, dem FPI, einem Sexualitätsfragebogen und einem Interview. Er beschreibt die Kerngruppe der sekundär amenorrhoischen Frauen als selbstunsicher, depressiv, aggressiv gehemmt mit ausgeprägten Abhängigkeitsbestrebungen zu den Eltern, zum Freund oder zum

Ehemann. Es liegt bei dieser Patientinnengruppe eine ausgeprägte Angst vor sozialem Kontakt vor: Angst, ausgebeutet, mißbraucht oder festgehalten zu werden. Aus diesem Grunde können sie sich nicht öffnen. In der Persönlichkeitsstruktur fallen die Merkmale Gewissenhaftigkeit, Sauberkeit, Sportlichkeit, Freude am eigenen Funktionieren, im erotischen Bereich ein ausgeprägtes prägenitales Zärtlichkeits- und Sicherheitsstreben auf. Im Über-Ich-Bereich herrscht ein unrealistisches, hohes Selbstideal und daraus resultierend hohe Verletzbarkeit, was erneut zu Abhängigkeit von Bestätigung durch andere führt. Der Hauptwunsch dieser Patientinnen scheint zu sein: angenommen zu werden. In Partnerschaften werden überwiegend mütterliche Partner gesucht, zu denen sie eine symbiotische Beziehung haben; es bestehen eine Fülle sexueller Störungen. Die Katamnese nach zwei und vier Jahren ergab eine Verstärkung der neurotischen Fehlentwicklung. 50% der Patientinnen menstruierten spontan. Sie waren aber weiterhin unsicher, abhängig und depressiv. Die Patientinnen, die eine hormonelle Therapie ablehnten, waren am schwersten narzißtisch gestört. Wahrscheinlich handelt es sich nicht um eine Regression in einer schwierigen Entwicklungsphase, sondern die Progression scheint überhaupt ausgeblieben zu sein. Osofsky und Fisher (36) haben eine prospektive Studie an 66 Krankenpflegeschülerinnen, die gerade ihre Ausbildung begonnen haben, durchgeführt. Sie wollten herausfinden, ob ein Zusammenhang besteht zwischen dem Körperbild und der Entwicklung von Menstruationsstörungen in spezifischen Streß-

situationen, zu der auch die Trennung vom Elternhaus sowie der Beginn einer Ausbildung gehören. Als Parameter haben Osofsky und Fisher die Ausgeprägtheit der Körpergrenzen ("barrier score") gewählt. Dieser Barrier score wird anhand der Antworten im Rorschach-Test ermittelt. Als Antworten, die eine geschlossene Körpergrenze vermuten lassen, gelten z. B. "Mann in Rüstung, Tal, Frau in einem Kostüm". Die Autoren geben an, daß der Barrier score mit hoher Objektivität und adäquater Test-Retest-Reliabilität bestimmt werden kann. Verschiedene Studien der Autoren (15, 16) haben gezeigt, daß ein Individuum eine Kränkung eher verarbeiten kann, je geschlossener die Körpergrenzen sind. Als erste Hypothese gilt, daß Frauen mit durchlässigen Körpergrenzen anfälliger sind für Menstruationsstörungen. Die zweite Hypothese geht davon aus, daß Frauen mit einem ausgeprägten Körperbewußtsein oder Wahrnehmungsfähigkeit für ihren eigenen Körper weniger anfällig sind für Zyklusstörungen. Die 66 Klientinnen erhielten drei Fragebögen zur Erfassung ihres psychophysischen Entwicklungsstandes, ihres gynäkologischen und allgemeinmedizinischen Gesundheitszustandes. Während der Anfangszeit der Ausbildung hatten nur 21 der 66 Frauen einen regulären Zyklus, bei 33 ergaben sich geringe Verschiebungen, bei 6 ergab sich ein Intervall von mehr als 60 Tagen, 2 entwickelten eine Amenorrhoe und 1 Patientin litt unter einer Metrorrhagie. Es ergaben sich einerseits Korrelationen zwischen früheren und jetzigen Unregelmäßigkeiten. Gleichzeitig ließen sich vorhersehbare Korrelationen zwischen der Ausprä-

gung von Körpergrenzen, Körperbewußtsein und der Entwicklung von Menstruationsstörungen feststellen.

"In knowing how he feels about his body, the locale for his identity and sense of self, one has an overview of his level of security. It is not strange that the person who regards his "base of operations" as weak or undersized or unworthy of attention should find it particularly difficult to deal with threatening demands." (36)

Als Schwerpunkt meiner Arbeit möchte ich einige Zusammenhänge zwischen körperlicher Entwicklung und psychischer Reifung im Vergleich von primär zu sekundär amenorrhoischen Frauen untersuchen. Ich habe mir die Frage gestellt, ob Frauen, die wegen körperlicher Störungen amenorrhoisch sind, in ähnlicher Weise in einer eher kindlichen Position verharren wie die Frauen, denen auf Grund psychischer Fehlverarbeitung oder Fehlentwicklung der Eintritt ins Erwachsenendasein zu viel Angst macht und dabei eine Amenorrhoe entwickeln.

3. Eigene Untersuchungen

3.1. Absicht der Untersuchung

Die Intention dieser Studie ist eine Darlegung des Selbstbildes amenorrhoischer Frauen, wie ich es in Gesprächen und durch das Antwortverhalten in einem Persönlichkeitsfragebogen sowie einem Instrument zur Erfassung der Einstellung zu Körperausscheidungen und -produkten erfahren habe. Ich wollte herausfinden, was das Ausbleiben der Menstruation unabhängig von der Genese für das Selbstbild dieser Frauen bedeutet und ob ich Unterschiede feststellen kann im Erleben von primär zu sekundär amenorrhoischen Frauen. Es kommt mir darauf an, den Einzelfall zu betrachten, den Zusammenhang zwischen Interaktion im Gespräch, Antwortverhalten in den Fragebögen sowie dem lebensgeschichtlichen Hintergrund zu erfassen. Daher habe ich auf eine statistische Auswertung verzichtet und erhebe keinen Anspruch auf Repräsentativität.

3.2. Untersuchungsablauf

Von November 1980 bis März 1982 habe ich mit Patientinnen der Hormonambulanz der Universitätsfrauenklinik Düsseldorf gesprochen. Ich war in den dortigen Untersuchungsablauf integriert, d. h., daß mir dort ein eigener Raum zur Verfügung stand; die Patientinnen wurden von den Ärzten der Hormonambulanz angesprochen, ob sie Interesse an einer psychologischen Untersuchung hätten, die auch wichtig für die Diagnostik und anschließende Therapie sei. Zunächst habe ich dann die persönlichen Daten erhoben, bevor ich die Frauen gebeten habe, das Freiburger Persönlichkeits-Inventar auszufüllen. Im anschließenden Gespräch habe ich mich von der Patientin leiten lassen. Wenn ich einen guten emotionalen Kontakt und Offenheit der Patientin spürte, habe ich ihr das Semantische Differential vorgelegt. Die Gesamtuntersuchung dauerte zwischen 90 und 120 Minuten.

3.3. Untersuchungsmethode

3.3.1. Das Freiburger Persönlichkeits-Inventar (FPI)

Dieser Fragebogen (s. Anhang 5.1.) ist in Freiburg von Jochen Fahrenberg, Herbert Selg und Rainer Hampel (14) entwickelt worden. Die Gesamtform umfaßt 212 Items, die mit "stimmt" oder "stimmt nicht" beantwortet werden sollen. Diese Items erfassen die Dimensionen Nervösität, spontane Aggressivität/Dominanzstreben, Gehemmtheit, Offenheit sowie die Skalen Extraversion-Introversion, Emotinale Labilität-Stabilität und Maskulinität-Femininität. Dieser Fragebogen erleichtert einen Vergleich zwischen den einzelnen Patientinnen. Allerdings muß man davon ausgehen, daß das Antwortverhalten auch sehr abhängig von der Testmotivation und Möglichkeit zur Offenheit ist.

3.3.2. Das Semantische Differential

3.3.2.1. Konstruktion des Semantischen Differentials

Das Semantische Differential (s. Anhang 5.2.) ist von mir im März 1981 als Untersuchungsinstrument in die Methodik eingeführt worden, um eine Möglichkeit zu haben, die Gefühle von amenorrhoischen Frauen bezüglich ihrer Körperausscheidungen und -produkte zu erfahren. Ich habe solch ein abstraktes Mittel gewählt, um auch gerade die Gruppe der wortkargen, ihrem Körper gegenüber distanzierten Frauen anzusprechen. Allerdings habe ich diesen Fragebogen nur gegeben, wenn ich das Gefühl hatte, daß er nicht zu angstmachend ist und dann nur Abwehr auslöst.
Ich habe dieses Semantische Differential selbst entwickelt in Anlehnung an einen Artikel von Ross, Hirt und Kurtz "The Fantasy of Dirt and Attitudes toward Body Products" (43). Die Autoren haben an amerikanischen Medizinstudenten, angehenden Krankenschwestern sowie an anderen männlichen und weiblichen Gruppen Untersuchungen durchgeführt, in denen die Probanden bestimmte Körperausscheidungen einstufen sollten hinsichtlich verschiedener Erlebnisqualitäten. Es waren gegensätzliche Eigenschaften vorgegeben, die jeweils ein Ende einer Skala darstellten (z. B. sauber-schmutzig). Auf Grund der Mittelung des Antwortverhaltens bei den unterschiedlichen Produkten ist es dann möglich, für jede Gruppe eine spezifische Rangliste der Körperausscheidungen aufzustellen.

Es war mein besonderes Anliegen herauszufinden, ob Menstruationsblut besonders negativ bewertet wird von amenorrhoischen Frauen. Gleichzeitig wollte ich auch die Einstellung zu Blut aus anderen Körperöffnungen, die entweder artifiziell oder natürlich sind, erfahren, so daß ich auch die Gefühle für Nasenblut, Blut aus Wunden und Venenblut (beim Blutabnehmen) berücksichtigen wollte. Diese verschiedenen Formen von Blut wollte ich vergleichen mit Ausscheidungen, die nach allgemeiner Konvention als schmutzig und unangenehm empfunden werden wie Kot, Urin, Eiter und Erbrochenes sowie mit Produkten, die üblicherweise als rein und sauber beschrieben werden wie Tränen oder Muttermilch. Bei Speichel, Schweiß und Kopfschuppen wird deutlich, daß die Bewertung der Körperprodukte immer in Assoziation zum jeweiligen "Ausscheider" und den Gefühlen für diese Person steht. Deswegen habe ich bei allen Produkten bis auf Muttermilch zwischen den eigenen und fremden Ausscheidungen unterschieden. Dies ermöglicht auch, Aussagen über das Selbstbild sowie dem Bild vom Anderen zu machen. Ich habe bei Muttermilch nicht unterteilt in eigene und fremde Milch, da ich anhand des Literaturstudiums feststellte, daß nur ein geringer Anteil von amenorrhoischen Frauen schon Mutter ist.
Ich habe als Gegensatzpaare zur Erfassung verschiedener Sinnesqualitäten gewählt: dick-dünn, schmutzig-sauber, wohlriechend-stinkend, Ekel bei Anblick-kein Ekel bei Anblick, Ekel beim Anfassen-kein Ekel beim Anfassen. Dabei bin ich davon ausgegangen, daß "dick" eher mit Ekel assoziiert wird

als "dünn". Schmutzig-sauber sollte die allgemeine Wertung der Produkte wiedergeben. Ich habe die Gegensätze so verteilt, daß es keine eindeutig "saubere Seite" gab, so daß sich die Probanden bei jedem Gegensatzpaar erneut auf die Richtung ihrer Gefühle besinnen mußten.
Ich habe die Skalen bei den verschiedenen Erlebnisqualitäten sechsstufig gewählt. Für diese geradzahlige Abstufung habe ich mich entschieden, um eine zentrale Antworttendenz zu vermeiden.
Am Kopf des Bogens habe ich eine schriftliche Anleitung gegeben; wichtiger erscheint mir aber das Gespräch, in dem ich den Frauen erklärt habe, daß es mir auf die Gefühle und Empfindungen ankommt, die sie in Assoziation mit den verschiedenen Körperausscheidungen und -produkten haben, nicht auf eine "objektive" Einschätzung.

3.3.2.2. Anspruch und Aussagekräftigkeit des Semantischen Differentials

Das Semantische Differential ist ein Instrument zur tendenziellen Erfassung der Einstellung zu Körperausscheidungen und -produkten. Als Eichgruppe habe ich 42 menstruierende Frauen aus meinem Bekanntenkreis gewählt. Es kommt mir nicht darauf an, Normwerte aufzustellen, sondern die graduellen Unterschiede zwischen menstruierenden und amenorrhoischen Frauen bezüglich ihres Körperbildes herauszuarbeiten.
Um Eichwerte festlegen zu können, müßte eine Studie mit großer Fallzahl durchgeführt werden, so daß statistischen Ansprüchen genügt werden könnte.

3.3.3. Das Gespräch

Ich habe mit den Patientinnen ein persönliches Gespräch geführt, in dem ich versucht habe, mich auf die Patientin einzulassen. Allein schon die Antwort auf die Frage nach dem Anlaß des Arztbesuches ergab einen Einblick in die Persönlichkeit der Patientin und deren Beziehungen. Auch meine Fragen nach der Dauer der Amenorrhoe, der letzten Spontanblutung oder dem Datum der Menarche ergaben mehr als die reinen Fakten, sondern lösten emotionale Reaktionen der Patientinnen aus. Nach der Gabe des FPI waren einige Items häufig Anlaß zu Fragen und Kommentaren der Patientinnen, die einen zentralen Bezug zu den Schwierigkeiten dieser Frauen hatten. Während der Gespräche habe ich mich von der Patientin leiten lassen und darauf konzentriert, was die Patientin mir durch Worte, Stimmlage, Sprache, Mimik, Gestik, Körperhaltung und Kleidung vermittelt und in mir auslöst. Es ist wichtig zu erwähnen, daß in einigen Fällen die Mütter in das Gespräch miteinbezogen waren, da solch eine enge Verbindung zwischen Mutter und Tochter bestand. Nach Ende des Gesprächs habe ich die Gesamtheit an Interaktion schriftlich festgehalten. Die Gespräche sind anhand dieser Gesprächsprotokolle (Ausgewählte Gesprächsprotokolle s. Anhang 5.5.) in der psychosomatischen Abteilung kontrolliert worden. Außerdem habe ich einige Frauen, die Interesse an einem vertiefenden Gespräch mit dem Psychosomatiker hatten, dort vorgestellt.

An dieser Stelle möchte ich meine Vorgehensweise gegenüber den Anforderungen an ein psychoanalytisches Erstinterview abgrenzen, da ich nicht über die entsprechenden Kenntnisse verfüge.

3.3.4. Methodenkritik

Die Patientinnen kamen in die Hormonambulanz der Universitätsfrauenklinik mit der Erwartung, gynäkologisch untersucht zu werden; sie erwarteten keine psychologische Fragestellung. Sie sind von dem Hormonarzt gefragt worden, ob sie Interesse an solch einer Untersuchung hätten. Es ist zu berücksichtigen, inwieweit ein "Ja" nicht eher auf der Autorität des Arztes sowie der Ängstlichkeit und Unsicherheit der Patientin beruht als auf dem Wunsch, über sich selbst zu sprechen.

Ich habe als Doktorandin ein Anliegen gehabt: Ich hatte den Wunsch, ein Gespräch zu führen, habe die Patientin gebeten, einen Fragebogen auszufüllen, vielleicht sogar etwas von ihrer Einstellung zu ihrem Körper preiszugeben. Häufig ist es ein gemeinsames Anliegen von mir und der Patientin geworden, so daß die Patientin sich für das Gespräch bedankt hat, weil sie sich erleichtert fühlte. Aber ich habe bei mir die Versuchung gespürt, möglichst viel zu erfragen, dadurch aber nicht mehr zu erfahren, wenn eine Patientin nicht viel von sich zeigen konnte. Ich habe also auch in methodischer Hinsicht die Abwehrlage der einzelnen Patientin berücksichtigt.

Die Gespräche sind der Schwerpunkt meiner Untersuchung. Die Fragebögen dienen mir nur als Hilfsmittel. Sie liefern zwar eine Fülle von Daten, aber der Fragebogen ist nicht lebendig, das Bild ist sehr schablonenhaft, wohingegen die Gespräche viel mehr an Atmosphäre erfassen als die Kreuze bei

"stimmt" oder "stimmt nicht". Allerdings geben diese entfremdeten Instrumente die Möglichkeit, vielleicht Zugang zu finden, was diese Frauen verbal nicht ausdrücken können. Wenn ein guter Kontakt im Gespräch entstanden ist, ist es immer noch leichter, die Gefühle für Menstruationsblut in Kreuzen festzuhalten als es durch Worte erfahrbar zu machen.
Ich halte es für wesentlich, die Ergebnisse, die ich im FPI und im Semantischen Differential erhalte, immer in Bezug zum Gespräch und dem lebensgeschichtlichen Hintergrund zu sehen.

3.4. Fallgruppe

3.4.1. Auswahlkriterien

Als Auswahlkriterium diente mir das Symptom Amenorrhoe. Ich habe sowohl primär als auch sekundär amenorrhoische Frauen in meine Untersuchung einbezogen. Dabei habe ich mich an die Definition von primärer und sekundärer Amenorrhoe laut Kap. 1 gehalten, d. h., daß die primär amenorrhoischen Frauen bisher keine Spontanmenarche hatten und die Patientinnen mindestens 16 Jahre alt waren. Für die Diagnose der sekundären Amenorrhoe war das Ausbleiben der Menses während der letzten sechs Monate entscheidend sowie die Spontanmenarche. Ich will an dieser Stelle erwähnen, daß in der Gruppe der primär amenorrhoischen Frauen vielleicht auch iatrogene Fälle vorliegen, wo die Menstruation mit 16 oder 17 Jahren ausgelöst worden ist. Es ist fraglich, ob die Menarche eventuell noch spontan eingetreten wäre, da z. B. in der Gruppe der sekundär amenorrhoischen Frauen eine ihre Menarche erst mit 18 Jahren erlebt hat.

3.4.2. Gynäkologische Daten

Die Untersuchungsgruppe umfaßt 55 Patientinnen; 19 hatten eine primäre, 36 eine sekundäre Amenorrhoe.
In der Gruppe der primär amenorrhoischen Frauen sind 6 hypogonadotrop, 8 eugonadotrop, 4 hypergonadotrop und 1 hyperprolaktinämisch. Darunter befinden sich vier Patientinnen mit Gonadendysgenesie, eine mit Atresien des Uterus und der Vagina sowie eine mit Stein-Leventhal-Syndrom. Zwei Patientinnen zeigen eine anorektische Reaktion laut V. Frick (18), eine Patientin weist eine anorektische Reaktion in der Anamnese auf.
In der Gruppe der sekundär amenorrhoischen Frauen sind 14 hypogonadotrop, 14 eugonadotrop, 2 hypergonadotrop und 6 hyperprolaktinämisch. Darunter befindet sich eine Patientin mit Stein-Leventhal-Syndrom, zwei mit vermehrter adrenaler Androgenbildung und zwei Patientinnen mit Ovarialsuffizienz. Acht Patientinnen zeigen eine anorektische Reaktion; drei haben eine Anorexia nervosa in der Anamnese.
Das Lebensalter der primär amenorrhoischen Frauen liegt zur Zeit der Untersuchung zwischen 16 und 26 Jahren, der Mittelwert bei 19,1 Jahren; das Lebensalter der sekundär amenorrhoischen Frauen liegt zwischen 16 und 40 Jahren, der Mittelwert bei 21,8 Jahren. Das Menarchealter liegt zwischen 10 und 18 Jahren, der Mittelwert bei 12,9 Jahren. Die Dauer der Amenorrhoe beträgt zwischen 6 und 120 Monaten, der Durchschnitt liegt bei 37,6 Monaten.

3.5. Untersuchungsergebnisse

3.5.1. Auswertung des FPI

Die Auswertung erfolgte gemäß der Handanweisung für den FPI (14). Sie ergab, daß die Mittelwerte der einzelnen Skalen sowohl bei den primär als auch bei den sekundär amenorrhoischen Frauen alle bis auf eine Abweichung in dem Bereich liegen, in dem 54% der Eichgruppe geantwortet haben (s. Abb. 1). Nur die Werte der sekundär amenorrhoischen Frauen weichen in der Skala Gelassenheit geringfügig in Richtung Irritierbarkeit ab.
Dieses Ergebnis zeigt ein sehr unauffälliges Bild der untersuchten Patientinnen im Vergleich mit der Eichgruppe.

3.5.2. Auswertung des Semantischen Differentials

3.5.2.1. Reaktion auf den Fragebogen

Ich habe von den primär amenorrhoischen Frauen drei Semantische Differentiale erhalten. Sieben Patientinnen habe ich den Bogen nicht gegeben, da ich das Gefühl hatte, sie seien damit überfordert. Eine zeigte offensichtlich kein Interesse, eine andere wollte ihn mir nach dem Ausfüllen zuschicken, was aber nicht geschehen ist. Auf Grund der geringen Fallzahl ist es nicht möglich, Aussagen über das Erleben dieser Frauen zu machen.
Ich habe von den sekundär amenorrhoischen Frauen zwölf Semantische Differentiale erhalten, von denen ich einen Bogen aus der Mittelwertbildung herausgenommen habe. Diese Patientin hatte durchgängig nur jeweils die Extremwerte angekreuzt, so daß ich mich gefragt habe, ob die Patientin die Aufgabenstellung richtig verstanden hat. Elf Frauen habe ich den Bogen nicht gegeben, da ich diese Patientinnen als sehr ängstlich empfand und ich mich schon über die vorsichtige Öffnung im Gespräch gefreut habe. In zwei Fällen drängten die Mütter auf eine baldige Heimkehr. In drei Fällen äußerte sich die Abwehr, indem die Patientinnen durchaus zum Gespräch bereit waren, aber beim Anblick des Bogens dann doch Eile hatten. Ich muß die reale Situation berücksichtigen, daß die Patientinnen auch zeitlich nicht auf die Untersuchung vorbereitet waren. In drei weiteren Fällen habe ich die Bereitschaft erlebt, den Bogen zu Hause auszu-

füllen. Er ist mir dann aber nicht zugeschickt worden. Die Reaktion auf das Semantische Differential ist eher mißtrauisch und abwehrend.

3.5.2.2. Ergebnisse des Semantischen Differentials

Ich habe sowohl bei der Patientinnengruppe (N=11) als auch bei der Kontrollgruppe (N=42) für jedes Item den Mittelwert gebildet. Bei der Auswertung habe ich die Skalen so gepolt, daß das "saubere, angenehme" Ende mit der Zahl 1, das entgegengesetzte Ende der Skala mit der Zahl 6 versehen wurde. So ergeben sich je höhere Werte, je ekliger das Produkt empfunden wird. Anhand dieser Mittelwerte habe ich Ranglisten nach den Erlebnisqualitäten und Eigen- oder Fremdprodukten für Patientinnen- und Kontrollgruppe aufgestellt. Dann konnte ich einerseits die Werte als auch die relative Stellung der Produkte vergleichen. Die Ranglisten für die Gegensatzpaare sauber-schmutzig (Tab. 1) und wohlriechend-stinkend (Tab. 2) finden sich im Anhang 5.4.. Schließlich habe ich die Bewertung jedes Produkts durch Patientinnen- und Kontrollgruppe bei den unterschiedlichen Gegensatzpaaren graphisch dargestellt (s. Abb. 2 im Anhang 5.3.).

Auffallend ist, daß die sekundär amenorrhoischen Frauen sowohl ihre eigenen als auch die fremden Produkte als dicker, schmutziger, stinkender und ekliger empfinden als die Kontrollgruppe. Eine Ausnahme bilden Kot und Erbrochenes, bei denen keine eindeutigen Tendenzen festzustellen sind. Als besonders diskriminativ haben sich die Gegensatzpaare sauber-schmutzig sowie wohlriechend-stinkend erwiesen. Im Bereich von sauber-schmutzig bewertet die Kontrollgruppe Menstrua-

tionsblut und Urin gleich. Die sekundär amenorrhoischen Frauen empfinden Venenblut als genauso rein wie Tränen. Die verschiedenen Blutformen wie Venenblut, Nasenblut, Blut aus Wunden und Menstruationsblut liegen sowohl bei der Kontrollgruppe als auch bei der Patientinnengruppe alle in der oberen Hälfte der Ekelreihe, wohingegen die Ekelwerte bei den sekundär amenorrhoischen Frauen insgesamt höher liegen.

Gerade im Bereich des Riechens ist eine ausgeprägte "Ekelspitze" in der graphischen Darstellung bei verschiedenen Produkten festzustellen, wohingegen der Anblick wesentlich geringere Empfindungen auslöst. Erstaunlich ist, daß in der Rangliste der Produkte Schweiß bei den Fremdprodukten von den sekundär amenorrhoischen Frauen als stinkender als Kot und Erbrochenes empfunden wird.

Beim "Ekel bei Anblick" erlebt die Kontrollgruppe sowohl eigenes als auch fremdes Menstruationsblut als wesentlich positiver als Kot; die sekundär amenorrhoischen Frauen zeigen eine gewisse Koprophilie. Sie stellen Kot gleich hinter Tränen und vor Menstruationsblut.

Bei dem Item dünn-dick bewertet die Kontrollgruppe Tränen als dünner im Vergleich zum Menstruationsblut im Gegensatz zur Fallgruppe, wo Tränen einen Rangplatz hinter dem Menstruationsblut einnehmen. Hier ist zu diskutieren, daß dick verschieden aufgefaßt werden kann, je nachdem, ob mit dick die Konsistenz der Tränenflüssigkeit oder die einzelne Träne gemeint ist.

Muttermilch wird von beiden Gruppen als sehr sauber, rein und positiv empfunden. Sie wird fast immer an den Spitzenplatz der "Ekelreihe" gesetzt. Nur die Kontrollgruppe empfindet eigene Tränen als sauberer.

Ich möchte zum Schluß noch einmal die wichtigsten Ergebnisse zusammenfassen: Die sekundär amenorrhoischen Frauen erleben die eigenen sowie die fremden Körperprodukte als negativer im Vergleich zur Kontrollgruppe. Besonders auffällig ist die Aversionsreaktion im Bereich des Riechens, wo Schweiß von fremden Personen als sehr unangenehm bewertet wird. Ich konnte keine eindeutige Negativbewertung des Menstruationsblutes im Vergleich zur Kontrollgruppe feststellen.

3.5.3. Auswertung der Gespräche

Die 55 Gespräche, die ich geführt habe, sind so komplex, daß ich hier nicht alle Aspekte wiedergeben kann. Bei der Auswertung der Gespräche habe ich mich daher auf einige wenige Punkte beschränkt, die mir besonders wichtig erschienen. Im Grund des Kommens läßt sich häufig schon ein Anhalt für die Beziehung zur Mutter und das körperliche Erleben finden. Das Körperbild schlägt sich auch in der Bewertung der Amenorrhoe und dem Erleben der Menarche nieder. Bei den zentralen Amenorrhoen ist wissenswert, ob die Patientinnen einen Zusammenhang zwischen ihrer Störung und ihrer Lebensgeschichte sehen. Gleichfalls interessiert mich die Beziehung der Patientinnen zu ihren Vätern, die häufig in der Betrachtung vernachlässigt werden. Bei der Untergruppe der Kinderwunsch-Patientinnen möchte ich die Beweggründe, aber auch Hindernisse für die Erfüllung des Wunsches diskutieren.

3.5.3.1. Der Grund des Kommens

8 der untersuchten 19 primär und 10 der 36 sekundär amenorrhoischen Frauen kamen auf Drängen der Mütter. "Ich wollte noch gar nicht", habe ich von diesen Patientinnen gehört. Ich habe erlebt, daß die Mütter an Stelle ihrer Töchter geantwortet haben, wenn ich eine Frage gestellt habe.

10 der primär und 16 der sekundär amenorrhoischen Frauen waren selbst beunruhigt wegen des Fehlens der Menstruationsblutung. "Es ist nicht normal, daß ich nicht blute."

Dieser Begriff und der Wunsch, n o r m a l zu sein, taucht in vielfältiger Weise auf. Der Körper wird unter dem Aspekt des Funktionierens gesehen. Die mangelnde Funktion ist mit sehr viel Angst besetzt. Die Patientinnen möchten Klarheit über die Genese ihrer Störung bzw. eine schwerwiegende körperliche Erkrankung ausgeschlossen wissen. Zwei Frauen äußerten eine Krebsangst.

4 der primär und 6 der sekundär amenorrhoischen Frauen haben Angst, in der Zukunft nicht gebärfähig zu sein.

Bei den sekundär amenorrhoischen Frauen haben 8 einen aktuellen Kinderwunsch, eine hat den Wunsch nach Antikonzeption. Bei den primär amenorrhoischen Frauen veranlaßte der fehlende Busen eine Patientin zur Therapie, eine andere kam wegen ausgeprägter zyklischer Beschwer-

den, ohne jedoch eine Blutung zu haben.
Viele Frauen gaben verschiedene Gründe an. Sie machten sich einerseits Sorgen wegen der jetzt fehlenden Blutung, hatten aber auch Angst, nicht Mutter werden zu können.
Die Beweggründe sind ähnlich bei primär und sekundär amenorrhoischen Frauen bis auf den aktuellen Kinderwunsch, der nur bei den Patientinnen mit sekundärer Amenorrhoe auftritt.

3.5.3.2. Die Bewertung der Amenorrhoe

Zwei der primär und fünf der sekundär amenorrhoischen Frauen gaben an, keine Beschwerden zu haben. Sie empfanden die Menstruation als lästig, sind froh, sich nicht um die monatliche Hygiene kümmern zu müssen. Sie fühlen sich uneingeschränkter, haben sonst während der Menstruation oder der hormonal ausgelösten Blutung das Gefühl gehabt, auf etwas verzichten zu müssen. Drei von ihnen sind sportlich sehr engagiert, hielten sich während der Zeit der Blutung für weniger leistungsfähig.
Bei neun Patientinnen lag eine ausgeprägte Dysmenorrhoe in der Anamnese vor, die so stark war, daß die sich früher in der Zeit der Blutung hinlegen mußten. Auffällig ist eine Patientin mit Atresie von Cervix und Vagina; sie beschrieb ihre Dysmenorrhoe: "Es ist, als ob jemand mit einem Messer den Bauch aufschlitzt und die Gedärme herausfliegen. Ich wünsche diese Schmerzen nicht meinem ärgsten Feind." (Gesprächsprotokoll Nr. 6 im Anhang 5.5.) Ihr Leiden unter den Schmerzen war so stark, daß sie auf einer Hysterektomie bestand, obwohl der behandelnde Gynäkologe eine Amputation der Cervix vorgeschlagen hatte und sie kurz vor der Eheschließung stand (s. S. 71,Kap. 3.5.4.)

Bei den vier Frauen mit primärer hypergonadotroper Amenorrhoe ging der Leidensdruck nicht von der fehlenden Blutung, sondern von den mangelnden sekundären Geschlechtsmerkmalen wie dem fehlenden Busen aus. Auch durch den Min-

derwuchs erlebten sie eine Ausgeschlossenheit von den Gleichaltrigen.

Drei der primär und zehn der sekundär amenorrhoischen Frauen litten unter ihrer Amenorrhoe. Bei drei von ihnen bestand ein aktueller Kinderwunsch. Für sie war die Blutung wesentlich zur Erfüllung ihres Wunsches. Bei einer Patientin bestand der Kinderwunsch schon seit acht Jahren. Sie wirkte auf mich sehr kindlich und vertrauensvoll. "Ich verstehe nicht, was mit mir los ist. Wir führen eine h o r m o n i s c h e Ehe. Wenn ich schon nicht schwanger werde, möchte ich wenigstens bluten. Sonst fühle ich mich ja wie eine alte Frau in den Wechseljahren." (Gesprächsprotokoll Nr. 5) Dieser Versprecher drückt sehr deutlich das Selbstverständnis dieser Patientin aus: Wenn alles hormonell und organisch in Ordnung ist, warum ist dann alles nicht so harmonisch, daß ich Kinder kriegen kann? Gleichzeitig ist die Patientin gequält von einer inneren Leere: "Ich möchte gern ein Kind haben, das mich aufmuntert; sonst ich solch eine Totenstille im Haus." Bluten bedeutet, sich als Frau fühlen zu können, gebärfähig zu sein.

In der Gruppe der Patientinnen, die unter ihrer Amenorrhoe leiden, sind sechs Frauen mit larviertem Kinderwunsch. Er äußerte sich bei einer Patientin in einer wütenden Reaktion auf die Ärzte, "die erst etwas tun, wenn ein aktueller Kinderwunsch besteht." Bei den übrigen Frauen ist der Kinderwunsch hoch ambivalent. Eine Patientin suchte den Arzt auf wegen des mangelnden Funktionierens: "Es ist nicht nor-

mal, daß ich nicht blute." Gleichzeitig äußerte sie eine Krebsangst. Jetzt will sie ihre Tage haben, um die Pille nehmen zu können. "Irgendwann möchte ich einmal Kinder haben." Die 21jährige Patientin lebt bei den Eltern und fühlt sich dort sehr wohl: "Dort wird alles für mich gemacht!" Sie hat zwar genitale Beziehungen zu ihrem Freund, weicht aber dem Konflikt mit den Eltern aus, die es nicht so gern sehen, wenn sie bei ihrem Freund übernachtet (Gesprächsprotokoll Nr. 3). Diese Patientin verbirgt hinter ihrer erwachsenen Fassade starke Versorgungswünsche. Ein Kind würde Anforderungen stellen und Mütterlichkeit beanspruchen, die die Patientin jetzt noch bei ihrer eigenen Mutter sucht.

Molinski beschreibt in seinem Artikel über psychische Auswirkungen kontrazeptiver Maßnahmen (31): "Der Foetus kann als oraler Konkurrent erlebt werden. Die Furcht, von innen aufgefressen zu werden, kann aber wohl kaum einen besseren bildhaften Ausdruck finden als durch die Angst vor dem Krebs. So kommt die Angst vor Krebs keinesfalls lediglich bei hormonaler Kontrazeption vor. Die Angst vor Schwangerschaft, vor dem Schwangerschaftsprodukt wird verschoben. Im bewußten Erleben ist es nicht mehr der Foetus, sondern die kontrazeptive Methode, welche von innen auffrißt."

In diesem spezifischen Fall wird die Angst auf die Amenorrhoe verschoben. Sehr deutlich wird die Ambivalenz in dem Wunsch nach der monatlichen Blutung, die ein Zeichen für weibliches Erwachsenendasein mit der Möglichkeit zur

Schwangerschaft ist, und dem gleichzeitigen Verlangen nach Kontrazeption. Die Dennoch-Wirksamkeit untergründiger Wünsche nach einem Kind ist bewußtseinsnah: "Irgendwann möchte ich einmal Kinder haben."
Amenorrhoe bedeutet, da die Wahrscheinlichkeit einer Empfängnis sehr gering ist, faktisch Sterilität. Gerade bei Patientinnen, die operativ sterilisiert worden sind, tritt häufig Karzinophobie und der Wunsch nach Revision der Maßnahmen auf. Dmoch (12) versteht diese Krebsangst als neurotischen Kompromiß zwischen dem unerfüllten Wunsch nach und der Furcht vor einer Schwangerschaft.
13 der primär und 17 der sekundär amenorrhoischen Frauen gaben außer der Amenorrhoe eine Vielzahl von körperlichen Störungen an: Magen-Darm-Beschwerden wie Aufstoßen, Sodbrennen, Obstipation, diffuse Rücken- und Unterleibsschmerzen, Fluor und Schlafstörungen.
5 der primär und 19 der sekundär amenorrhoischen Frauen gaben psychische Schwierigkeiten an. Sie beschrieben sich als getrieben, ängstlich, selbstunsicher. Es fehlt ihnen die Durchsetzungsfähigkeit. "Ich gebe meinen Eltern die Tochter, die sie haben wollen, obwohl ich es nicht bin."
Eine ausführlichere Beschreibung der Konflikte findet sich in den Kapiteln 3.5.3.5. und 3.5.4..

3.5.3.3. Die Beschreibung der auslösenden Situation

Bei den primär amenorrhoischen Frauen kann ich keine auslösende Situation beschreiben. Es fallen in diese Gruppe einmal genetisch bedingte Störungen.
Bei drei Patientinnen wird ein ausgeprägter Entwicklungskonflikt deutlich. Eine Patientin mit anorektischer Reaktion schildert ihren Druck, daß sie ständig leisten müsse, sich getrieben fühle. Sie habe das Gefühl, nie zur Ruhe kommen zu können. Immer stehe die Mutter hinter ihr. Auch im Geschäft versuche sie ständig, den Erwartungen der Chefin zu entsprechen und der brave Lehrling zu sein. Sie habe kurz eine Freundschaft zu einem Jungen gehabt, der sie anscheinend nur benutzt hat, um seine Freundin eifersüchtig zu machen. Sie kann keine Gefühle von Wut und Enttäuschung äußern. Gleichzeitig klagt sie über einen ausgeprägten Fluor. (Gesprächsprotokoll Nr. 7)
Bei den sekundär amenorrhoischen Frauen habe ich bei 14 Frauen keine Angaben oder Hinweise.
Von 6 Frauen wird die Situation als schicksalhaft beschrieben. Die Amenorrhoe ist bei einer Patientin nach dem Tod ihres Vaters aufgetreten. Ihre Mutter hat sie ein Jahr lang im ungewissen über die Krankheit des Vaters gelassen. Die Patientin hat danach mit starker Gewichtsabnahme, Kreislaufkollaps und Amenorrhoe reagiert.
Bei vier Frauen ist die Amenorrhoe nach der Trennung vom Freund aufgetreten. Eine von ihnen hat mit einer anorek-

tischen Reaktion reagiert: "Die ganze Sache vor drei Jahren ist mir auf den Magen geschlagen; ich konnte nichts mehr essen." Sie kommt jetzt mit dem Wunsch nach Antikonzeption. "Ich bin total verliebt." Gleichzeitig stehen ihr aber die Tränen in den Augen. Bei den übrigen drei Frauen ist die Amenorrhoe eine Post-Pill-Amenorrhoe. Dazu will ich erwähnen, daß nur bei 1% der Frauen, die hormonale Antikonzeptiva einnehmen, eine Post-Pill-Amenorrhoe auftritt (2). Hier liegt die Vermutung nahe, daß die Amenorrhoe an die Stelle einer gelingenden Trauerarbeit getreten ist, in diesen Fällen also ein Korrelat zur Depression ist.
Bei 16 der sekundär amenorrhoischen Frauen wird die auslösende Situation von ihnen im Rahmen eines Entwicklungskonflikts erlebt. Zwei Patientinnen schildern ein sehr kränkendes Erlebnis vor Auftreten der Amenorrhoe. Eine 29jährige Patientin, die noch bei den alten Eltern lebt, hatte sich als 18jährige im Urlaub verliebt; als sie nachher von diesem Mann besucht wurde, schrie der Vater sie an: "Bei Dir tickt es wohl nicht richtig, lern erst mal was! Später kannst Du Dich nach einem Mann umgucken." Bei der anderen Patientin ist es auf einer Fete zu einem entwürdigenden Geschlechtsverkehr gekommen, in dem sie sich nur als Objekt gefühlt hat und ihr Selbstwertgefühl nachhaltig beeinträchtigt worden ist. Später reagierte sie mit Angst auf jede mögliche körperliche Annäherung. Auch diese Frau ist als depressiv zu bezeichnen.
Acht Patientinnen geben eine Gewichtsabnahme an; ein trau-

riges, leeres Gefühl sei in ihnen, ein weiteres Symptom der Depression. Die Patientinnen sind so rat- und hoffnungslos, wie ihr Leben weiter gehen soll. Eine Abiturientin hilft ihrer Mutter zu Hause beim Putzen, weiß nicht, welchen Beruf sie ergreifen soll.

Bei fünf Patientinnen fällt das Ausbleiben der Menstruation mit dem Beginn einer Beziehung zu einem Jungen oder dessen Wunsch nach Geschlechtsverkehr zusammen.

Bei drei anderen Mädchen hat die Amenorrhoe während des ersten Urlaubs ohne Eltern begonnen; teilweise ist gleichzeitig auch eine Gewichtsabnahme zu verzeichnen. "Meine Mutter hat geheult, als sie mich so mager wiedergesehen hat."

Helene Deutsch (9) beschreibt eine Patientin mit sekundärer Amenorrhoe, deren Menstruation gleich am ersten Tag der Menarche sistierte. Die Patientin war mit Gleichaltrigen im Skiurlaub gewesen und war in der Nacht Zeuge von sexuellen Spielen der Freunde geworden, was bei ihr massive Angst auslöste. Die Menstruation trat erst während der Therapie ein, wo die Patientin sich geborgen und beschützt fühlte, und sistierte erneut, als die Patientin für vier Monate die Analyse unterbrach.

Ich möchte noch einmal zusammenfassen, daß ich bei 14 Frauen auf Grund der nondirektiven Gesprächsführung und der Abwehrlage der Patientin keine Aussage machen kann über die auslösende Situation.

Bei 14 Patientinnen liegt phänomenologisch eine Depres-

sion vor. Die Trauerarbeit nach der Trennung vom Freund oder Tod des Vaters ist mißlungen; sie geht häufig einher mit depressiver Inappetenz und dem Gefühl der Leere und Sinnlosigkeit des eigenen Lebens. Es liegt bei zwei Frauen eine tiefe Kränkung und Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls bei der Aufnahme von Beziehungen zum anderen Geschlecht vor. Fünf Frauen dieser Untergruppe mit Depression geben kein zeitlich festgelegtes Ereignis an, sondern schildern ihre ständigen Konflikte mit der Mutter, die schwer depressiv ist. "Ich weiß nicht, wie ich mich gegen meine Mutter wehren soll. Sie weiß genau, daß ich weich werde, wenn sie anfängt zu heulen. Ich möchte gern ausziehen, aber ich traue mich nicht." Hier ist die Amenorrhoe ein verzweifelter Versuch, sich abzugrenzen.

Bei 8 Frauen ist die Amenorrhoe ein Korrelat zur Angst. Die Amenorrhoe ist aufgetreten bei Beginn einer Beziehung zum anderen Geschlecht oder wenn der Junge intimen Kontakt wollte. Bei drei Patientinnen ist die Menstruation seit der ersten Reise ohne Eltern ausgeblieben.

3.5.3.4. Das Erleben der Menarche

Das wichtigste Ereignis in der weiblichen Pubertät ist das Auftreten der ersten Menstruation. Die Menarche bedeutet für ein Mädchen, das eine ungestörte psychische Entwicklung hat durchlaufen können, einen Schritt ins weibliche Erwachsenendasein, der herbeigesehnt wird und über den sich das Mädchen freut (9).
Bei 17 der sekundär amenorrhoischen Frauen habe ich keine Angaben über das Erleben der Menarche.
4 gaben an, keine Erinnerung zu haben. Sie können allerdings Deckerinnerungen wiedergeben: "Meine Schwester hat mir erzählt, ich sei schreiend durchs Haus gelaufen." Die andere: "Ich weiß nur, daß ich am Anfang der Pubertät riesige Angst davor hatte, vielleicht einmal Busen zu kriegen und einen Büstenhalter tragen zu müssen." Eine Patientin, die schon ein Jahr in Einzeltherapie war wegen einer vorausgegangenen Anorexia nervosa, berichtete über zwei Ereignisse, die vor und nach der Menarche lagen. "Ich weiß, daß ich in der 8. Klasse auf Klassenfahrt war und hörte, daß ein Mädchen nicht mitgefahren war, weil es seine Tage hatte. Ich wußte damals noch nicht, was das war. - In der 11. Klasse habe ich mit einem älteren Mädchen zusammen auf einem Zimmer gewohnt. Es hat mich gefragt: "Hast Du Deine Tage? Das kann man nämlich riechen." Ich habe mich furchtbar geschämt. Ich war froh und auch stolz, als ich meine Tage nicht mehr hatte. Zwischen den geschilderten Erlebnissen muß die erste Blutung gewesen

sein."

Helene Deutsch (9): "Aber sogar unter den ungünstigsten Bedingungen kommt es außerordentlich selten vor, daß das mangelnde Wissen des Mädchens auf andere Motive als auf eigene Ablehnung zurückzuführen ist. Die Tochter einer gehemmten Mutter, die wegen ihrer eigenen Schwierigkeiten das Mädchen vor dem Einblick in die sexuellen Geheimnisse streng behütet, wird doch reichlich Gelegenheit haben, ihre Kenntnisse anderswo zu erwerben. Nur wenn das Mädchen selbst gehemmt ist und in seinem Kontakt mit Gleichaltrigen behindert ist, kann es geschehen, daß es durch längere Zeit unorientiert bleibt."

Dieser Mechanismus ist auch zu vermuten bei den drei Frauen, die durch die Menarche überrascht wurden.

Eine Patientin erzählte, sie sei zwar von ihrer Mutter informiert worden, habe aber gespürt, daß es der Mutter unangenehm war, darüber zu reden. Bei Eintritt der Menstruation habe die Mutter ihr dann ein Paket Binden in die Hand gedrückt. Ein anderes Mädchen war auf starke Dysmenorrhoe vorbereitet worden: "Ich habe Angst gehabt, auch solche Periodenschmerzen zu kriegen wie meine Mitschülerinnen. Es ist aber nicht eingetreten."

Sieben der untersuchten Patientinnen gaben an, die erste Monatsblutung als ein fürchterliches, unangenehmes und lästiges Erlebnis zu erinnern.

Helene Deutsch: "Pädagogische Beobachter sagen, daß bei frühem Auftreten der Menstruation, in einer Zeit also, wo

das junge Mädchen in ihren körperlichen Funktionen noch sehr auf die Pflege der Umgebung angewiesen ist, die Menstruation als neue, lästige Bürde empfunden wird, die zu den gehaßten Tätigkeiten, die die Erwachsenen ihr aufdrängen, wie das Baden, das Wäschewechseln, Kontrolle der regelmäßigen Stuhlentleerung usw. noch dazukommt. Das junge Mädchen steht in kindlichem Protest gegen die neuen Forderungen; sie schiebt ihre schmutzige Wäsche in Schubladen und in verschiedene Ecken des Hauses, will sich gar nicht um die entsprechenden Schutzmaßnahmen kümmern. Sie fühlt sich auch in ihren normalen Aktivitäten, wie sportlichen Leistungen (Turnen, Schwimmen usw.) eingeengt; die Menstruation ist für sie die lästige Bürde. Die Tatsache, daß es ein Zeichen ihres Erwachsensein ist, berührt sie gar nicht, und das Bewußtsein, daß sie in der Konkurrenz mit anderen Mädchen voraneilt, ist ihr eine sehr schwache Entschädigung für die Unannehmlichkeiten."

Fünf Patientinnen erlebten die Menarche freudig. "Es war ein Vorgang, den ich viel intensiver als das Wachsen empfunden habe." Bei einer anderen Patientin stand die Erleichterung im Vordergrund, jetzt die gleiche körperliche Reife wie die Zwillingsschwester erreicht zu haben.

Zusammenfassung: Bei 17 der sekundär amenorrhoischen Frauen kann ich keine Angaben über das Erleben der Menarche machen. Vier Patientinnen haben ihre Erinnerung an die erste Blutung so tief verdrängt, daß sie nur Deckerinnerungen wiedergeben können. Drei Frauen gaben an, durch die Me-

narche überrascht worden zu sein. Sieben Frauen empfanden ihre erste Menstruation als lästig und unangenehm. Nur fünf Mädchen konnten sich über das Eintreten der Regelblutung freuen.

3.5.3.5. Die Beziehung zur Mutter

Ich möchte im folgenden die Beziehungen der Patientinnen zu ihren Müttern schildern, wie ich es in der Interaktion während der Untersuchung erlebt und wie die Patientinnen diese Beziehung dargestellt haben.
In Anlehnung an Molinski, der in seinem Buch "Die unbewußte Angst vor dem Kind" (30) verschiedene Entwicklungsstufen des Bildes der Weiblichkeit darlegt, möchte ich versuchen, die untersuchten Patientinnen auch unter diesem Aspekt zu betrachten.
Als erste Phase beschreibt Molinski die Symbiose mit der Mutter. "Auf der ursprünglichen Stufe der Symbiose mit der Mutter ist das Erleben des kleinen Kindes noch diffus. Es kennt keine Individualität und keinen Unterschied zwischen männlich und weiblich. Wohl aber kennt es das Erleben naturhaft-körperlicher Vorgänge und das Erleben mütterlicher pflegerischer Zuwendung." Diese Art von Beziehung kann sich bis ins Erwachsenenalter fortsetzen. Diese Frauen sagen, denken, tun und erleben nichts, ohne daß die Mutter daran teilhaben muß, aber nicht als eine Partnerin oder als eine Gefährtin, vielmehr so, als wenn die Patientin überhaupt nicht imstande wäre, irgend etwas zu tun oder zu erleben, ohne dabei Erlebnisgemeinschaft mit der Mutter zu haben.
In der zweiten Phase löst sich das Mädchen von der Mutter. Es erkennt den Unterschied zwischen Mutter und Kind. Die Nur-Tochter erlebt Mutter und Mütterlichkeit als lebens-

spendend, gleichzeitig aber auch als einengend, nicht freigebend, zurücknehmend, mit anderen Worten destruktiv. Diese dranghafte Mütterlichkeit, die keine Individualität des Kindes kennt, bezeichnet Molinski als archaische Mütterlichkeit.

In der dritten Phase identifiziert sich das Mädchen mit diesem mütterlichen Aspekt der Mutter. Die erwachsene Frau dieser Entwicklungsstufe ist geradezu besessen von dem Wunsch nach einem Kind und von dem Wunsch, selbst Mutter zu sein.

Anschließend erfolgt in der vierten Phase eine Ablösung von dem mütterlichen Aspekt; das Mädchen bezieht sich in seiner Identifizierung zunehmend auf das Verhalten der Mutter dem Vater gegenüber, also auf den heterosexuellen Aspekt und den Eros-Aspekt der Weiblichkeit. Damit ist der Bereich der liebevollen und partnerschaftlichen Beziehungen gemeint. Später treten sowohl der mütterliche als auch der heterosexuelle Aspekt in den Hintergrund.

In der sechsten Phase wird der heterosexuelle Aspekt wieder hochaktuell, schließlich erfolgt in der siebten Entwicklungsstufe die Partnersuche und ein Erleben von Mütterlichkeit, in die der Partner miteinbezogen ist. Diese Mütterlichkeit ist reflektierter und bewußter als die archaische Mütterlichkeit. Sie respektiert die eigene Individualität und die Individualität des Kindes und sieht auch einen Interessenkonflikt zwischen Mutter und Kind.

In der siebten Phase wird idealerweise die reife Partner-

schaft mit dem Mann aus dem Eros-Aspekt erreicht. Ein Überwuchern der Mütterlichkeit führt häufig zu einem Scheitern der Ehe.
In der achten Phase erfolgt eine Weiterentwicklung der Mütterlichkeit, wenn die Kinder der Mutter kaum noch bedürfen. Eine ausführliche Darlegung dieser Entwicklungsstufen findet sich bei Molinski (30).
Bei den primär amenorrhoischen Frauen besteht bei vier Patientinnen eine enge symbiotische Beziehung zu ihren Müttern. Die Mütter fahren mit zu jeder Untersuchung, sind teilweise auch physisch anwesend beim Gespräch. Die Mütter, die selbst kurz vor der Menopause stehen, drängen auf die Untersuchung, wohingegen die Töchter den amenorrhoischen Zustand lieber aufrechterhalten hätten. Eine Patientin mit Gonadendysgenesie wirkte ausgesprochen ängstlich. Während des Gesprächs standen ihr rote Flecken auf den Wangen, und sie blickte hilfesuchend zur Mutter. Eine andere Patientin mit zentraler Amenorrhoe ist eng mit der Mutter verwoben. Sie kann keine aggressiven Impulse gegen die ängstliche und überfürsorgliche Mutter erleben, berichtet über Selbstmordgedanken, verachtet sich aber wegen dieser "Feigheit". Sie wirkt schwer enttäuscht und hoffnungslos.
Bei den sekundär amenorrhoischen Frauen haben 8 eine symbiotische Beziehung zur Mutter. Auch hier drängen diese vornehmlich zur Untersuchung. Sie wissen über den Körper und die Blutung ihrer Töchter häufig besser Bescheid als

die Patientinnen. Es äußerte sich, indem die Töchter bei ihren Müttern nachfragen mußten, wann die letzte Blutung oder wie stark der Gewichtsverlust war. Bei einer Patientin steht im Krankenblatt die Bemerkung: "Mutter wünscht nicht die gynäkologische Untersuchung ihrer Tochter." Diese Patientin beschreibt ihre Beziehung, daß sie der Mutter nichts verheimlichen könne, daß die Mutter schon gefragt habe, warum sie ihr das alles erzähle. Eine andere Patientin berichtet, daß sie sich "zu gut" mit ihrer Mutter verstehe. In diesem wie in zwei anderen Fällen steht diese starke Anklammerung in Verbindung mit einer gerade abgelaufenen Scheidung. Die Patientinnen brauchen nicht nur ihre Mütter, sondern diese Mütter sind selbst sehr bedürftig. Eine Patientin erzählt: "Meine Mutter hat zu mir gesagt, ich sei ihr einziger Lebenssinn. Es ist mir nachher furchtbar schlecht gegangen. Ich versuche zu organisieren, daß Bekannte wie zufällig vorbeikommen. Ich habe Angst, allein mit ihr im Auto zu fahren." Hier wird deutlich, wie sehr in dieser Beziehung beide aufeinander angewiesen sind.

Bei den primär amenorrhoischen Frauen erleben sich neun als Nur-Tochter im Sinne Molinskis; bei drei von ihnen ist ein ausgeprägter Protest dagegen zu spüren. Diese Patientinnen sind eher selbst durch das Fehlen der Menstruation beunruhigt. Eine 25jährige Patientin gibt sehr typisch ihre Schwierigkeiten an: "Die Eltern sind sehr streng. Ich darf abends nicht lange weg, so daß ich nur

mit Jüngeren zusammen bin. Die elterliche Sorge und Fürsorge ist beengend. Ich kann schlecht streiten; ich habe Angst, die Eltern zu verletzen, obwohl es sein müßte." Bei einer anderen 21jährigen Patientin ist der Protest ausgeprägter, wenn er auch nicht offen sein darf: "Meine Mutter macht alles für mich, sie kocht und wäscht. Ich hätte zwar mehr Freiheit, wenn ich ausziehe, aber ich schaffe es nicht. Meine Eltern dürfen nicht wissen, daß ich mit meinem Freund schlafe. Ich will nicht das Vertrauen zerstören, daß meine Mutter zu mir hat." Hier liegt die persönlichkeitsspezifische Problematik in der Angst vor Selbständigkeit, was auch bedeutet, die Fürsorge der Mutter zu verlieren.

Bei den sekundär amenorrhoischen Frauen erleben sich 15 als Nur-Tochter, bei 10 ist Protest zu spüren. Sehr deutlich wird die hypertrophierte und einengende Mütterlichkeit bei einer Patientin, die sich von ihrer Mutter abgrenzen möchte: "Ich will nicht so werden wie meine Mutter, weiß allerdings nicht, ob es gut ist, kritischer zu sein, weil es dann mehr Probleme gibt." Während die Tochter den FPI ausfüllt, kommt die Mutter in mein Zimmer und möchte genau wissen, was ich mit ihrer Tochter besprochen habe. Ich merke, wie ich ärgerlich werde, wie sie über ihre Tochter in deren Abwesenheit mit mir reden möchte. Ich möchte ihr auch einen Fragebogen geben, damit sie weiß, was ihre Tochter ausfüllt. Sie wehrt ihn ab mit den Worten: "An mir haben sich schon mehrere Psychologen versucht." Im

Gespräch mit Herrn Dr. Dmoch läßt sie die Tochter kaum zu Wort kommen. Bei Konfrontation tritt ein depressiver Affekt auf. Ihre eigene mangelnde weibliche Entwicklung wird ersichtlich, als sie über ihre zweite Eheschließung berichtet: "Dann haben wir den Papi geheiratet."
Bei den primär amenorrhoischen Frauen findet man eine Patientin mit Gonadendysgenesie, die sich mit dem heterosexuellen Aspekt von Weiblichkeit sehr stark identifiziert. Sie war überglücklich, daß nach einer Vaginalplastik Geschlechtsverkehr für sie möglich war.
Drei der sekundär amenorrhoischen Frauen identifizieren sich mit dem mütterlichen Aspekt der Mutter. Eine Patientin mit Kinderwunsch nimmt ihrem Mann gegenüber eine sehr mütterliche Haltung ein: "Ich möchte, daß er sich fortentwickelt. Ich kenne keine Eifersucht." Dabei verzichtet sie auf ein eigenes erträumtes Studium, um den Lebensunterhalt zu verdienen. Andererseits ist sie ihrer Mutter eine brave Tochter. "Ich habe das Gefühl, meine Mutter hat eine Affenliebe zu ihren Kindern." (Gesprächsprotokoll Nr. 4) Die Patientin beschreibt sich selbst als ruhig, aber nicht ausgeglichen. "Ich möchte manchmal oberflächlicher sein als meine Kolleginnen. Ich mache mir häufig Gedanken über die Zukunft. Dabei fühle ich mich so ohnmächtig."
Zusammenfassung: Bei fünf primär und sieben sekundär amenorrhoischen Frauen sind keine Aussagen möglich über die Beziehung zur Mutter. In diesen Gesprächen überwog die Abwehr. Vier primär und acht sekundär amenorrhoischen Frauen haben

eine symbiotische Beziehung zu ihren Müttern. Als Nur-Töchter erleben sich neun primär und 15 sekundär amenorrhoische Frauen. Drei primär und zehn sekundär amenorrhoische Patientinnen zeigen Protest unterschiedlichen Ausmaßes dagegen. Bei einigen ist der Protest so stark ausgeprägt, daß sie ansatzweise die Stufe der Nur-Tochter verlassen haben und Genitalität ausleben. Sie versuchen aber das alte Bild aufrechtzuerhalten, meiden den Konflikt mit der Mutter. Drei sekundär amenorrhoische Frauen identifizieren sich mit dem mütterlichen Aspekt, eine primär amenorrhoische Patientin mit dem heterosexuellen Aspekt der Mutter. Es ist wichtig zu erwähnen, daß verschiedene Entwicklungsstufen gleichzeitig vorliegen können, so daß eine einfache Addition der Zahlen nicht möglich ist.

Es besteht kein grundlegender Unterschied zwischen primär und sekundär amenorrhoischen Frauen in ihrer Beziehung zur Mutter. Nur bei den sekundär amenorrhoischen Frauen ist einigen eine Identifizierung mit dem mütterlichen Aspekt gelungen. Aber es ist noch nicht zu einer Integration von Mütterlichkeit und Eros gekommen.

3.5.3.6. Die Beziehung zum Vater

Bei den primär amenorrhoischen Frauen ist bei 9, bei den sekundär amenorrhoischen Frauen ist bei 21 von ihnen keine Aussage über die Beziehung zum Vater möglich. Einerseits liegt es an der starken Abwehr der Frauen, andererseits ist die Beziehung zur Mutter noch so eng, daß keine Hinwendung zum Vater erfolgte.
Bei 6 der primär amenorrhoischen Patientinnen hat der Vater sehr mütterliche Eigenschaften (umsorgend, verstehend, tröstend, stützend), wohingegen die Mutter eher emotional kühl ist. Eine 22jährige angehende Krankengymnastin, die demnächst heiraten und danach ins Heimatstädtchen zurückziehen will, berichtet: "Meine Mutter hat sehr wenig Zeit gehabt, sich um mich zu kümmern, weil wir einen Bauernhof haben. Meine Bezugsperson war meine Großmutter, auch hat mich meine Schwester erzogen. Sonntags hat mein Vater sehr viel Zeit mit uns verbracht. Trotz allem hat aber meine Mutter die Erziehung bestimmt. Wenn ich eine schlechte Arbeit in der Schule hatte, bin ich zu meinem Vater gegangen. Er hat nicht geschimpft, sondern nur gesagt: "Das nächste Mal wird es besser." Oft hat er uns dann auch in den Arm genommen." Die Mutter wird von der Patientin als dominierend erlebt; vor ihr muß sie verheimlichen, daß sie schon längere Zeit mit ihrem Freund zusammenlebt.
Vier sekundär amenorrhoische Frauen erleben ihre Väter als mütterlich. Eine Patientin beschreibt ihre Mutter als sehr

egoistisch: "Wenn sie sich Kuchen gekauft hat, war er nur für sie. Meine Mutter hat mir auch gesagt, daß sie mich nicht haben wollte; ich hätte ihr das Leben verpfuscht. Sie hat es auch geschafft, den Kontakt zu meinem leiblichen Vater abzubrechen. Mein Stiefvater versucht einzulenken und zu vermitteln. Seinetwegen besuche ich meine Eltern noch." Diese Patientin ist Opfer einer schwer gestörten Mutter, die für sich selbst noch gierig nach Nahrung sucht, die aber nicht fähig ist, sich einem Kind liebevoll zuzuwenden. Von den Vätern hat sie zwar etwas Mütterlichkeit erhalten können, sie ist aber von den Menschen schwer enttäuscht. Wenn sie Trost sucht, geht sie zu ihren Pferden.

Eine primär amenorrhoische Patientin schildert eine sehr konflikthafte Beziehung zu ihrem Vater: "Zu meinem Vater habe ich überhaupt keine Beziehung. Er schreit nur herum und kritisiert mich dauernd. Alles, was ich mache, ist nichts. Er ist noch so richtig vom alten Schlag; er will uns genauso erziehen, wie er erzogen worden ist. Er hat uns früher auch geschlagen, wenn wir etwas angestellt haben. Ich glaube, er steckt voller Hemmungen und ist verklemmt." Diese Patientin kann sich sehr gut gegen ihre Mutter abgrenzen, als diese während des Gesprächs hereinkommt und mich ironisch mit Blick auf die Tochter fragt: "Ist sie denn aufgeklärt?" Die Patientin lehnt die Anwesenheit der Mutter während des Gesprächs ab; nachher erzählt sie mir: "Meine Mutter wäre ziemlich erstaunt, wenn sie

hörte, wie ich über meinen Vater spreche." Sie erzählt mir nichts über die Beziehung zu meinem Vater. Ich empfinde nur, daß sie sich ziemlich unterordnet.
Auch bei drei sekundär amenorrhoischen Frauen ist die Wut auf den Vater sehr ausgeprägt, gleichzeitig aber auch die Bindung an einen sehr kränkenden Vater. Diese Väter reagieren entwürdigend und abwertend, wenn die Töchter auf der Suche nach ihrem Bild von Weiblichkeit sind: "Du siehst aus wie eine Animierdame." Der Vater dieser Patientin beschimpfte seine Tochter als Hure, wenn sie nur mit einem Jungen ausgegangen war. Gleichzeitig machte er ihr erotische Angebote, als sie im Badezimmer vor dem Spiegel stand: "Du bist doch sicher neugierig, wie man das macht; ich zeige es Dir." Diese 40jährige Patientin hat mit 37 Jahren eine Anorexia nervosa entwickelt und kommt jetzt in die Hormonambulanz mit Kinderwunsch. Die Beziehung zu ihrem langjährigen Lebensgefährten ist einerseits anklammernd, andererseits läuft ein Machtkampf um eine mögliche Insemination ab; wirkliche Nähe ist nicht möglich.
Vier sekundär amenorrhoische Frauen schildern ihren Vater als sehr verständnislos. Eine Patientin beschreibt ihren Vater als Menschen, der in Gesellschaft häufig den Clown spielt. "Er gibt sich immer lustig. Aber ich habe nicht das Gefühl, daß ich mit ihm über meine Schwierigkeiten und Gefühle reden könnte. Auf der anderen Seite tut er alles für mich. Er hat mich auch zur Ambulanz gebracht."

Dieser Mann wirkt so hilflos mit seiner oberflächlichen Heiterkeit. Die Patientin berichtet über Schwierigkeiten, die sie wegen ihres Freundes mit der Mutter hat. Die 19jährige hat bisher noch keinen intimen Kontakt zu ihrem Freund gehabt. "Für meine Mutter würde eine Welt zusammenbrechen, wenn ich mit meinem Freund schliefe. Jedes Mal, wenn die Patientin nach Hause kommt, fragt die Mutter: "Kann ich Dir noch in die Augen schauen?" Während des Gesprächs bin ich wohl in die Rolle der älteren Schwester gelangt, mit der sie bisher all ihre Probleme und Sorgen besprochen hat, die jetzt aber ausgezogen ist. Als ich ihr ein Gespräch mit Herrn Dr. Dmoch anbiete, wehrt sie ab: "Das ist vielleicht ein älterer Mann, der so väterlich ist, zu dem ich kein Vertrauen habe, wo ich nicht das Gefühl habe, verstanden zu werden."

Schließlich war eine Gruppe von Frauen auffällig, bei der eine außerordentliche Diskrepanz zwischen Intellekt und körperlicher sowie emotionaler Entwicklung auffiel. Es waren häufig 17/18jährige Oberschülerinnen, die eine sehr mädchenhafte Figur hatten, eher kindlich wirkten, intellektuell aber schon fast erwachsen waren. Eine Patientin berichtet über ihren Vater, der als Fernfahrer nur am Wochenende anwesend ist: "Ich habe meinen Vater früher nicht gebraucht. Ich habe ja nur gespielt und über belanglose Dinge geredet: Barbiepuppe und Kleider." Sie wehrt jede Trauer über den abwesenden Vater ab, der auf ihre kindgemäßen Bedürfnisse nicht hat eingehen können. So mußte sie schnell

erwachsen werden, um dem Vater eine adäquate Gesprächspartnerin sein zu können.

Zusammenfassung: Bei 30 Frauen ist keine Aussage über die Beziehung zum Vater möglich. Bei sechs primär und vier sekundär amenorrhoischen Frauen werden die Väter als sehr mütterlich erlebt. Diese mütterlichen Männer haben eine wichtige Ersatzfunktion bei emotional armen Frauen. Eine primär und sieben sekundär amenorrhoische Frauen erleben ihre Väter als entwürdigend oder verständnislos für die kindgemäßen Bedürfnisse des Mädchens. Die dritte Gruppe der Väter ist intellektuell fordernd. Neben den Müttern nehmen die Väter aber eher ein insgesamt blasses Bild ein.

3.5.3.7. Die Haltung zum erwünschten Kind

Acht der sekundär amenorrhoischen Frauen kamen wegen Kinderwunsches in die Hormonambulanz. Es ist auffällig, daß nur eine Patientin mit ihrem Ehemann erschien. Der Kinderwunsch dieser 30jährigen Patientin besteht nun schon acht Jahre. Sie beschreibt sich selbst als ängstlich, neigt vor Entscheidungen zu gastrointestinalen Symptomen wie z. B. Diarrhoe. Sie wirkt auf mich sehr kindlich und vertrauensvoll. Sie ist sich selbst gegenüber ratlos, versteht nicht, warum sie nicht schwanger wird: "Wir führen doch eine h o r m o n i s c h e Ehe." Die Patientin fühlt sich von ihren Nachbarn und Bekannten nicht akzeptiert, weil sie noch kein Kind hat. "Ich möchte ein Kind haben, das mich aufmuntert. Sonst ist immer solch eine Totenstille im Haus." (Gesprächsprotokoll Nr. 5) Bei dieser Patientin soll das Kind das Selbstwertgefühl der Mutter stärken und deren innere Leere ausfüllen.

Die übrigen Patientinnen kommen allein in die Hormonambulanz. Eine Frau war sogar überrascht, daß andere Patientinnen gemeinsam mit ihrem Ehemann zur Frauenklinik gefahren waren. Diese Patientin möchte ein Kind, um sich als Frau fühlen zu können. Sie kennt ihren Mann seit 9 Jahren, ist seit einem Jahr mit ihm verheiratet. Sie berichtet, daß sie während der anfänglichen Pilleneinnahme unter Libidoverlust gelitten habe, die zweite Spirale nicht vertragen und unter Hitzewellen wie eine klimakterische Frau gelit-

ten habe. Diese 27jährige Frau hat große Schwierigkeiten mit ihrem Gewicht, wiegt jetzt 109 kg. Sie hat Anfang des Jahres noch 126 kg gewogen, innerhalb von neun Monaten 36 kg abgenommen, danach aber wieder zugenommen. In ihrer Einstellung zum Gewicht fällt die Autonomie-bestrebung ähnlich wie bei der Anorexie auf: "Ich bestimme, wieviel ich wiege, sonst keiner." Gleichzeitig besteht bei der Patientin eine hypergonadotrope Ovarialinsuffizienz.

Eine ähnliche Gewichtsproblematik besteht bei einer 19jährigen Patientin mit Stein-Leventhal-Syndrom; sie wiegt jetzt 101 kg. Diese Patientin, die seit drei Jahren verheiratet ist, ist die einzige in der Gesamtgruppe der untersuchten amenorrhoischen Frauen, die schon einmal schwanger war. Sie hat dann aber als 16jährige die Schwangerschaft unterbrechen lassen, danach ihren jetzigen Mann geheiratet. Sie beschreibt, daß bei ihrem Ehemann der Kinderwunsch noch stärker sei. Sie gibt an, ihrem Mann gegenüber in letzter Zeit häufig gereizt zu sein. Auch den Geschlechtsverkehr empfindet sie als ergebnislos, "weil ich ja doch nicht schwanger werde." Diese Frau hat keine Berufsausbildung. Ihr einziges Lebensziel ist Muttersein, sie hat auch schon mehrere Pflegekinder betreut. Hier fällt mir wieder der Begriff "archaische Mütterlichkeit" von Molinski ein, diese Mütterlichkeit, die weitgehend narzißtisch, selbstbezogen und verschlingend ist. Auch bei den übrigen Frauen fällt auf, daß das Kind wichtig ist, um Leere auszufüllen, den Mann an sich zu binden

oder eine Veränderung im Leben bringen soll, was die Patientin bisher nicht geschafft hat. Eine Patientin erzählt mir mit gehetzter Stimme: "Ich lebe mit meinem Ehemann und meinem Schwiegervater zusammen. Sie können sich nicht vorstellen, wie schlimm das alles ist. Mein Schwiegervater bestimmt den ganzen Tagesablauf. Er ist wie ein Kind. Wenn wir ein Baby haben, dann geht das nicht mehr so wie jetzt. Dann muß er zurückstecken."
Die Amenorrhoe mit gleichzeitiger Hyperprolaktinämie begann vier Monate vor der Eheschließung; in dieser Zeit hat die Patientin 22 kg zugenommen, sie ist jetzt sechs Jahre verheiratet. Sie schildert ihren Ehemann als sehr schwach, der keine Grenze gegenüber dem Vater ziehen kann. Sie versucht ihren Ehemann zu verstehen, er habe früh seine Mutter verloren. Hier stellt sich die Frage, ob nicht Ehemann und Schwiegervater so viel Mütterlichkeit verlangen, daß in dieser Situation kein Platz für ein weiteres Kind ist. Die Patientin muß stark sein; im FPI hat sie bei Angabe des Geschlechts männlich angekreuzt.
Eine 40jährige Patientin mit einer Anorexia nervosa in der Anamnese betreibt zwanghaft die Erfüllung ihres Kinderwunsches, nimmt Hormonkuren auf sich und hat schon zwei erfolglose Inseminationen hinter sich. Sie ist nicht verheiratet, lebt in einer sehr unklaren Beziehung. Sie bekommt wenig Unterstützung in ihrem Kinderwunsch, konnte bei den Inseminationen nicht sicher sein, ob der Partner bereit war, seinen Samen zur Verfügung zu stellen. Es taucht hier

der Gedanke der Parthenogenese auf. Ich bekomme ein Kind ganz für mich allein. Bei dieser Frau ist die Amenorrhoe auch ein Schutz vor ihrem Kinderwunsch; denn sie müßte ihre Autonomie aufgeben, mit dem Partner ein Kind zeugen, ihre eigenen Bedürfnisse zugunsten des Kindes zurückstellen.

Ein besonderes Merkmal dieser vorgestellten Frauen ist die Diskrepanz zwischen dem intensiv vorgebrachten Kinderwunsch und den psychischen Möglichkeiten, Mutter zu sein.

3.5.4. Vergleich des Antwortverhaltens im FPI und im Semantischen Differential mit der Selbstdarstellung im Gespräch anhand von Beispielen

Die Mittelwertbildung bei der Auswertung des Freiburger Persönlichkeits-Inventars ergibt ein sehr unauffälliges Bild. Sowohl die Gruppe der primär als auch die der sekundär amenorrhoischen Frauen bewegen sich im Antwortverhalten im gleichen Bereich wie 54% der Eichgruppe. Dabei werden die Extremwerte nivelliert. Daher möchte ich anhand von ausgewählten Beispielen eine Einzelfallbetrachtung durchführen, bei der ich in der Zusammenschau die Ergebnisse im FPI und im Semantischen Differential sowie die Selbstdarstellung beschreiben will.

Auffällig ist bei drei sekundär amenorrhoischen Frauen, daß sie in der Skala "Psychosomatische Gestörtheit" den Wert 0 erzielt haben. Bei einer dieser Patientinnen ist auch in der Skala Offenheit nur ein Wert von 1 erreicht worden, bei den beiden anderen liegt die Offenheit im Bereich des Mittelwerts. Gleichzeitig zeigen beide einen Höchstwert in der Skala Maskulinität.

Eine von diesen Frauen ist eine 32jährige Patientin mit ausgeprägtem Kinderwunsch (Gesprächsprotokoll Nr. 4). Sie kommt allein, ihr Mann ist wegen seiner Weiterbildung verhindert, verzichtet dabei auf ein eigenes Studium, obwohl sie gerne Lehrerin anstatt Industriekaufmann geworden wäre. Sie leugnet aber jede Gefühle von Wut, Enttäuschung oder

Eifersucht. "Ich bin zufrieden, wenn mein Mann einen Beruf hat, der ihm Spaß macht." Sie beschreibt sich dabei als stillen, aber nicht ausgeglichenen Menschen. Sie müsse häufig an einen Krieg denken, durch den vollkommen wehrlose Menschen zerstört werden. Dabei sei sie so ohnmächtig. Die Beziehung zu ihrer Mutter ist noch sehr eng. "Ich habe meine Mutter immer als ältere Schwester erlebt. Auch jetzt machen wir noch viel gemeinsam. Manchmal denke ich, daß meine Mutter eine Affenliebe zu ihren Kindern entwickelt hat. Wir sind für sie der einzige Lebensinhalt, früher war meine Mutter Kindergärtnerin. Mein Vater ist Lehrer, er ist allerdings oft krank. Das Verhältnis zu ihm ist nicht besonders gut." In Kapitel 3.5.3.5. habe ich die Patientin als eine Frau beschrieben, die der Mutter überwiegend eine Nur-Tochter ist, sich teilweise aber auch mit dem mütterlichen Aspekt identifiziert und ihrem Mann gegenüber diese Haltung einnimmt. Durch das Ergebnis im FPI wird eine starke männliche Identifizierung deutlich, die vorher nicht so offensichtlich war. Ihr Traumberuf ist Lehrerin, dann hätte sie den gleichen Beruf wie der Vater. Sie tritt die Verwirklichung dieses Wunsches an ihren Mann ab. Sie dagegen wünscht sich ein Kind; aber dieser Wunsch konnte bisher nicht erfüllt werden, was für die Patientin eine schwere Kränkung bedeutet, die sie aber verleugnet.
Die andere Patientin kommt in die Ambulanz wegen des mangelnden Funktionierens: "Es ist nicht normal, daß ich nicht blute." (Gesprächsprotokoll Nr. 3) Die Patientin hatte zunächst

Angst, Krebs zu haben. Jetzt will sie ihre Tage wiederhaben, um die Pille nehmen zu können. "Irgendwann möchte ich einmal Kinder haben." Sie lebt noch bei den Eltern und fühlt sich dort sehr wohl. Der Vater läßt sie spüren, daß er es nicht mag, wenn sie mit ihrem Freund schläft, so daß sie dann dort übernachtet. Die Patientin versucht mir das Bild zu vermitteln, daß bei ihr alles normal ist: Normale Menarche - "ich wußte vorher davon; ich hatte das Gefühl, ich werde erwachsen, habe mich aber nicht sonderlich gefreut", normale Beziehung, normale Familie, normaler Körper ("Ich bin zufrieden damit") bis auf einen kleinen Makel, daß die Blutung nicht kommt. Die Patientin möchte sich noch nicht verselbständigen, hat sich nicht über das Erwachsenwerden gefreut. Ein Kind würde Anforderungen an sie stellen, ihr etwas wegfressen, daher die Karzinomangst?

Bei allen drei Frauen, die sich im FPI als nicht psychosomatisch gestört darstellen, habe ich kein Semantisches Differential erhalten, obwohl alle drei Frauen sich den Bogen erst angesehen haben, es dann doch so eilig hatten, daß sie nach Hause mußten und ihn mir dann zuschicken wollten. Alle drei vermitteln mir, daß sie sich ohne die Blutung sehr wohl fühlen: "Es war lästig, als ich geblutet habe, obwohl ich keine Schmerzen hatte. Erst war die Ungewißheit schlimm, aber jetzt fühle ich mich doch sehr gesund, besser als vorher." Fühlten sich diese Patientinnen in ihrer angeblichen körperlichen Stärke, demonstrativen

Übergesundheit und Männlichkeit durch das Semantiscne Differential angegriffen?

Vier Patientinnen mit sekundärer Amenorrhoe fallen auf wegen ihrer extrem hohen Werte in der Skala "Psychosomatische Gestörtheit".

Zwei Patientinnen zeigen eine enge Symbiose mit der Mutter: "Mit meiner Mutter kann ich über alles reden. Ich empfinde sie eher als Freundin. Ich kann meinen Eltern gegenüber nichts verstecken, auch wenn ich es mir vornehme." Die Patientin hat eine Freundschaft von sechsmonatiger Dauer in "gegenseitigem Einverständnis" aufgelöst. Sie habe nämlich wenig Zeit wegen der Schule und des Trompetespielens. Sie äußert aber doch ein "komisches Gefühl", daß sich ihr Freund jetzt mit ihrer Freundin liiert hat.

Diese Patientin kann sich von ihrer Mutter nicht abgrenzen; es fällt ihr schwer, Gefühle von Wut und Eifersucht zu erleben. Sie schildert sich als sehr sensibel, habe sehr unter dem Tod der Tante gelitten, an der sie sehr gehangen habe. Sie habe Angst vor Krankenhaus, Friedhof und Tod. Dabei greift sie sich zum Hals. "Manchmal ist das Gefühl der Enge so stark, daß ich nur noch hechele. Ich war deswegen schon beim Schilddrüsenarzt. Er hat nichts gefunden, meint aber, daß es auch mit Angst zusammenhängen kann. Diese Angstzustände sind vor Klausuren und Auftritten am stärksten. Im Urlaub und in der Freizeit kenne ich das nicht." Prüfungen und Auftritte bedeuten ein Exponieren, eine Fortentwicklung, einen möglichen Schritt weg von der Mut-

ter, was Angst macht. Dies ist die Patientin, wo im Krankenblatt steht, daß die Mutter keine gynäkologische Untersuchung der 17jährigen Tochter wünscht. Diese Mutter läßt auch keine Selbständigkeit, eigene Körperlichkeit zu; sie entscheidet über die Untersuchung.
Die andere 17jährige Patientin, bei der gleichzeitig eine Hyperprolaktinämie vorliegt, hat sich bisher auch noch nicht von ihrer Mutter trennen können. Ihre Amenorrhoe ist aufgetreten mit 14 Jahren (Menarche: 11,5 Jahre), als ihre Mutter drei Monate im Krankenhaus mit einer Gelbsucht lag. "Es war das erste Mal, daß sie nicht ständig zu Hause war. Außerdem war ich zu der Zeit unglücklich verliebt. Die Beziehung hat fünf bis sechs Monate gedauert. Ich habe sie beendet, als mein Freund mit mir schlafen wollte. Ich hatte mich schließlich körperlich vor ihm geekelt." Der Patientin fällt es sehr schwer, sich loszulassen, etwas zu geben. Sie leidet ebenfalls unter einer hartnäckigen Obstipation. Wenn sie über ihre Verdauungsschwierigkeiten spricht, wirkt sie von sich selbst entfremdet. Dabei ist ihre Stimme kloßig, das Gesicht wirkt verquollen. Als die Patientin im Gespräch Vertrauen zu mir gefaßt hat, erzählt sie, daß sie häufig unter Heulkrämpfen leide, daß sie nicht mehr weiß, wer sie ist, sich innerlich vollkommen leer und zerrissen fühle. Sie habe auch schon daran gedacht, Tabletten zu nehmen oder sich die Pulsadern aufzuschneiden. Den einzigen Sinn, den sie noch in ihrem Leben sehe, sei, ihren Eltern nützlich zu sein. Sie habe

sonst Lust zu gar nichts. Diese Patientin ist schwer depressiv. Die Mutter erkundigt sich während des Gesprächs nach der Dauer; sie wirkt besorgt und verhärmt. Die Patientin berichtet über ihre Eltern: "Ich habe das Gefühl, rücksichtslos zu sein, meine Eltern tun alles für mich." Die Eltern sind so schwach, daß sie der Patientin keinen inneren Halt geben können. Durch ihre Aufopferungshaltung lösen die Eltern eine starke Verpflichtung seitens der Tochter aus und ersticken jeden Ansatz zur Selbständigkeit im Keime. Die Patientin hat eine stark passive Erwartungshaltung, möchte ihre Probleme als Schwierigkeiten verstanden wissen, die sich durch den Zeitablauf von selbst lösen. Die Patientin bleibt lange bei mir sitzen. Ich habe das Gefühl, daß sie von mir Ratschläge und Lösungsvorschläge erwartet. Sie erreicht dabei in mir ein Gefühl des Gelähmtseins.

Diese Patientin gibt im Gespräch an, daß sie sich vor Blut ekelt: "Ich kann nicht ninsehen. Als ich meine Tage hatte und ich noch Binden benutzt habe, mußte ich mich vier- bis fünfmal täglich waschen. Ich hatte immer Angst, die anderen könnten es riechen." Hier fällt mir der umgangssprachliche Ausdruck ein: "Sie kann sich selbst nicht riechen." Sie mag sich selber nicht, sie kann sich selbst nicht fühlen, sich nicht als eigene Person empfinden. Im Semantischen Differential bewertet sie sowohl ihre eigenen als auch die fremden Körperausscheidungen und -produkte als negativer, ekliger und stinkender als es

dem Durchschnitt der sekundär amenorrhoischen Frauen entspricht, die schon durch eine niedrige Bewertung des eigenen und fremden Körpers auffallen. Diese Patientin stellt Menstruationsblut mit Kot, Erbrochenem, Eiter und fremdem Speichel gleich.

Helene Deutsch (9) beschreibt, daß Mädchen, die sich psychologisch noch in der Vorpubertät befinden und bei denen dann die Menstruation eintritt, diese als neue extrementale Funktion wie Urinieren und Defäzieren erleben. "Das junge Mädchen wird sich dieser Funktion schämen, sie geheimhalten wollen und jeden Verrat in der Richtung so empfinden, als sei sie bei einer schmutzigen, exkretorischen Funktion ertappt worden. Diese Schmutzauffassung ist der direkte Nachkomme der alten Kloakentheorie, nach der alles, was von den unteren Körperöffnungen kommt, schmutzig und ekelhaft ist"(S. 141, Band 1).

Die dritte Patientin zeigt mehr Verständnis für ihren Freund, der sie verlassen hat, als für sich selbst. "Er hat es sehr schwer gehabt in seiner Jugend." Sie kann keine Gefühle von Enttäuschung und Wut äußern. Sie beschreibt sich selbst als schüchtern, habe immer im Schatten der Zwillingsschwester gestanden, die auch körperlich weiterentwickelt war. Die Schwester habe eher Brust gekriegt, eher Schamhaare gehabt und auch eher geblutet. Die Patientin kann sich nur vage an ihre Menarche erinnern: "Ich weiß nur, daß ich erleichtert war, als ich sie auch endlich hatte."

Die vierte Patientin kommt in die Ambulanz wegen Kinderwunsches. Sie ist 19 Jahre alt, seit drei Jahren verheiratet, ohne Ausbildung und die einzige Patientin, die in der Anamnese eine Schwangerschaft, die allerdings unterbrochen worden ist, aufweist. Sie habe damals schon nicht mehr ihre Tage gehabt und gedacht, sie könne dann auch nicht schwanger werden. Nach der Interruptio hat die Patientin dann ihren Freund geheiratet. Für sie ist die Eheschließung eine Möglichkeit gewesen, das Elternhaus zu verlassen, in dem sie sich nicht mehr wohl gefühlt hat. "Als ich 12 Jahre alt war, ist mein Vater gestorben und ein Jahr später meine pflegebedürftige Oma, an denen beide ich sehr gehangen habe. Meine Mutter hatte nie Zeit. Sie hatte zwei Geschäfte, eins mit Pokalen und eins mit Plaketten." Die Patientin beschreibt sich in letzter Zeit als gereizt. Sie sei innerlich unzufrieden. Auch vom Geschlechtsverkehr sei sie enttäuscht, wenn sie dann doch nicht schwanger werde. Sie wolle demnächst wahrscheinlich wieder Pflegekinder betreuen, wenn ihr Kinderwunsch nicht erfüllt wird. (s. Kap. 3.5.3.7.)
Diese Patientin hat nie eine regelmäßige Menstruation gehabt. Es lagen immer sehr lange Intervalle dazwischen; die Menstruation hat dann sechs Tage gedauert. Dabei habe sie dann immer sehr starke Magenkrämpfe gehabt, so daß sie dann nicht zur Schule gehen konnte. Die Patientin gibt an, daß sie seit der Kommunion unaufhaltsam zugenommen habe. Sie könne machen, was sie wolle, sie würde nicht ab-

nehmen; sie wiegt jetzt 101 kg. Bei der Patientin besteht ein Stein-Leventhal-Syndrom.

Gemeinsam ist allen vier Patientinnen dieses starke Bedürfnis nach Nähe und Geborgenheit. Die Mütter erscheinen kontrollierend, verpflichtend, fordernd, sie waren wenig verfügbar für die Bedürfnisse des Kindes. Bei den beiden erstbeschriebenen Patientinnen ist die Beziehung zur Mutter noch so eng, daß sie sich nicht getrennt vor ihr erleben können. Bei der dritten Patientin hat wohl der Freund eine wichtige mütterliche Funktion gehabt. Aber auch da hat sie wie bei der Mutter hinter der Schwester zurückstehen müssen. Der intensive Kinderwunsch der vierten Patientin wirkt wie eine Abtretung des eigenen Wunsches, bemuttert zu werden. Es handelt sich bei allen Patientinnen um eine frühe Ich-Störung.

Im folgenden möchte ich darlegen, wie ich Patientinnen mit sekundärer Amenorrhoe häufig erlebt habe. Es gibt sicher nicht d i e Amenorrhoe-Patientin mit d e m Konflikt oder einer spezifischen Problematik. Aber es lassen sich doch Ähnlichkeiten feststellen. Häufig ist die 17jährige Oberschülerin, die bei den Eltern wohnt, sich dort sehr wohl fühlt, angibt, daß sie sich mit der Mutter gut verstehe. Es fällt ihr schwer, sich durchzusetzen, auf andere Leute zuzugehen. Einige Patientinnen versuchen mir ein Bild von N o r m a l i t ä t zu vermitteln. Es sei alles in Ordnung, d. h., es besteht Harmonie zwischen ihnen und den Eltern. Sie funktionieren gut bis auf einen

kleinen Makel: die fehlende Blutung.
Bei Beantwortung des FPI sind bei den primär amenorrhoischen Frauen weniger Extremwerte vorhanden und diese weniger ausgeprägt vertreten.
Zunächst möchte ich eine Patientin mit einem hohen Wert in der Skala "Psychosomatische Gestörtheit" beschreiben. (Gesprächsprotokoll Nr. 6) Diese 25jährige kaufmännische Angestellte lebt zur Zeit noch mit der Mutter zusammen. Die Patientin möchte in dem der Untersuchung folgenden Monat ihren 42jährigen Verlobten, der seine Tochter aus erster Ehe betreut, heiraten. Die Patientin kommt in die Ambulanz mit dem Wunsch nach Hysterektomie bei Zustand nach Atresien der Cervix und der Vagina; sie leidet unter starker Dysmenorrhoe. Es war schon eine plastische Operation durchgeführt worden, so daß das Menstruationsblut abfließen konnte. Jetzt war es aber erneut zu einem Verschluß des Cervixlumens gekommen. Der behandelnde Gynäkologe schlug der Patientin eine erneute plastische Operation unter Erhalt des Uterus vor. Die Patientin lehnte diesen Vorschlag ab. Sie schildert mir: "Die Schmerzen sind unzumutbar. Ich wünsche sie nicht meinem ärgsten Feind. Wenn ich das noch ein Jahr aushalten muß, kann ich das seelisch nicht ertragen. Wenn ich dann im 5. Stock wohnen würde, würde ich hinunterspringen. Es ist, als ob jemand mit einem Messer den Bauch aufschlitzt und die Gedärme herausfliegen. Dieses fürchterliche Gefühl dauert etwa anderthalb Tage an, die ich nur mit

Tabletten aushalten kann. Dann kann ich nicht einmal mehr den Schlüpfer auf meinem Bauch ertragen." In dieser Zeit möchte die Patientin allein sein, niemand soll ihr Leiden miterleben. Die Patientin erzählt mit trauriger Stimme, daß sie sich früher als Lustobjekt gefühlt habe. Zwei Männer haben sie schwer gekränkt, als sie ihr gesagt haben, sie sei keine richtige Frau, weil sie keine Kinder gebären könne. Der jetzige Verlobte liebt seine Tochter abgöttisch, wie die Patientin sagt. Sie befürchtet Rivalität zwischen diesem Kind und einem möglichen Neugeborenen. Deswegen falle es ihr auch nicht so schwer, sich für die Operation zu entscheiden. Mutter und Verlobter warten auf die Patientin wie die besorgten Eltern. Die Patientin wirkt während des Gesprächs sehr beherrscht und kontrolliert. Hinter der Beherrschtheit steht für mich ein kleines Mädchen, das weint, Trost bei seiner Mutter sucht und seinen väterlichen Verlobten heiraten will. Dieser Beziehung opfert sie ihre Gebärmutter.

Einen extrem niedrigen Wert in der Skala "Neurotizismus" weist eine Patientin mit nachgewiesenem Stein-Leventhal-Syndrom auf; dabei zeigt sie eine geringe Offenheit. Gleichzeitig liegen bei ihr Höchstwerte in den Skalen Geselligkeit, Gelassenheit, Extraversion und Maskulinität vor. Im Gespräch zeigt die Patientin eine starke Abwehr. Vordergründig wirkt sie kooperativ, sie möchte später selbst einmal Medizin studieren und kann sich also vorstellen, einmal in der gleichen Situation zu sein wie ich. Im Ge-

spräch versucht sie mir ein Bild zu vermitteln, wie eine Schülerin halt wirken muß: viele Bekanntschaften, glücklich. Sie kann aber ihre menschlichen Beziehungen nicht verdeutlichen. Ihre geschilderte Geselligkeit wirkt oberflächlich und wie eine Fassade.
Die folgende 17jährige Patientin mit Turner-Syndrom zeigt im FPI kein besonders auffälliges Antwortverhalten; sie erlebt sich eher zurückhaltend und introvertiert. Im Gespräch wirkt sie sehr aufgeregt, bekommt dabei rote Flekken auf den Wangen; sie wirkt nicht debil. Die Mutter ist während des Gesprächs dabei und für die Patientin ein Anlehnungsobjekt, zu dem sie oft suchend hinblickt. (Gesprächsprotokoll Nr. 8) Zunächst betont die Patientin, wie wohl sie sich mit ihrer Amenorrhoe fühle, berichtet aber dann, daß sie ihren Freundinnen das Ausbleiben der Periode verschwiegen hat. Für die Patientin ist es ein besonderes Problem, daß die ein Jahr jüngere Schwester mit ihr in derselben Klasse ist. Diese Schwester hat allerdings schon ihre Regelblutung und ist auch körperlich größer als sie. Die Patientin leidet stärker unter ihrer körperlichen Kleinheit (1,53 m) und mangelnden sekundären Geschlechtsmerkmalen als unter dem Fehlen der Menstruation. Sie wirkt auch noch sehr kindlich und löst in mir Beschützerimpulse aus. Mit ihren Kleinheitsgefühlen reagiert die Patientin ganz realistisch auf ihren Körperbau. Gleichzeitig ist sie psychisch noch sehr auf die Mutter angewiesen, so daß hier deutlich wird, daß die körperliche Ent-

wicklung ein wichtiger "Agent provocateur" (Deutsch) für psychische Reifung ist. Dieses wird ebenso deutlich bei einer weiteren 17jährigen Turner-Patientin. Sie wollte noch gar nicht bluten oder eine Klärung des körperlichen Zustandes. "Meine Mutter drängte aber, weil ich noch nicht meine Tage gehabt habe." Die Patientin wirkt schwer enttäuscht in ihren Beziehungen zum anderen Geschlecht. Sie habe mit 12 Jahren einen Freund gehabt, aber es sei dann auseinandergegangen, weil er ein anderes Mädchen hatte. Sie wertet diese Beziehung zwar ab: "Es war nur eine Kinderei." Aber jetzt ist sie resigniert: "Die Jungen, die ich nett finde, haben alle eine Freundin." Auch hat der Bruder sie schwer gekränkt, als sie sich für eine Lehrstelle als Friseuse bewerben wollte: "So fette wie Dich nehmen sie sowieso nicht." Die Patientin ist pummelig und hat noch eine kindliche Figur. Ich empfinde die Patientin als sehr zerbrechlich und ängstlich und habe das Gefühl, daß die Beantwortung des Semantischen Differentials ihr zuviel abverlangt. Schließlich möchte ich noch über eine 19jährige Patientin berichten, die zur Untersuchung kommt und mit gehetzter Stimme erzählt, daß sie noch nie ihre Tage gehabt habe. (Gesprächsprotokoll Nr. 7) Sie habe Angst, später keine Kinder kriegen zu können. Für sie gehört die Menstruation zum Erwachsenendasein einer Frau. "Es ist normal, daß man die Tage hat, obwohl ich weiß, daß es auch unangenehm ist." Die Patientin wirkt sehr ge-

quält auf Grund der Ungewißheit. Sie trägt sich mit Schuldgefühlen, weil sie während der Schulzeit so wenig gegessen habe. Sie habe zeitweise nur 40 kg bei einer Größe von 1,67 m gewogen, jetzt seien es 54 kg. Zur Zeit macht sie eine Lehre in einer Bäckerei und schildert ein besonderes Vertrauenverhältnis zu ihrer Chefin, mit der sie auch die Amenorrhoe besprochen habe. Ihre Mutter übe immer Druck aus und kontrolliere sie, sie kann aber keine Gefühle der Wut äußern. "Sonst kann ich mit meiner Mutter über alles reden, wir verstehen uns gut." Es fällt ihr auch schwer, Wut und Enttäuschung über eine Beziehung zu einem Jungen auszudrücken, von dem sie nur benutzt worden ist, um die ehemalige Freundin eifersüchtig zu machen. Sie versucht wieder, mit den beiden etwas zu unternehmen: "Wir vermeiden das Thema und sprechen nicht mehr darüber, was gewesen ist." Dabei wirkt die Patientin resigniert und leer, auch ohnmächtig gegenüber den familiären und beruflichen Leistungsansprüchen. Gleichzeitig besteht eine passive Erwartungshaltung. Sie ist darauf angewiesen, daß die Eltern sie zur Untersuchung bringen und der Vater sich dafür frei nehmen muß. "Allein finde ich von Krefeld nicht hierher."
Bei dieser Patientin besteht neben der primären Amenorrhoe ein Fluor, der schon zwei Jahre andauert. Diese Patientin sieht sich in einer ausweglosen Situation. Einerseits ist sie noch so abhängig von den Eltern, gegen die sie gleichzeitig aber untergründig auch eine Menge Wut verspürt. Die-

se Patientin zeigt im FPI hohe Werte in reaktiver Aggressivität und Gehemmtheit, was auch ihrem psychologischen Bild entspricht.
Ich hoffe, anhand der Beispiele jeweils ein individuelles Bild der Patientinnen wiedergegeben zu haben, das anschaulicher ist als die Zahlenwerte im FPI. Diese Werte können allerdings unterstreichen oder hilfreich sein, Zusammenhänge verständlich zu machen, die während des Gesprächs ersichtlich wurden.

3.6. Zusammenfassung der Ergebnisse

Sowohl die Gruppe der primär als auch die der sekundär amenorrhoischen Frauen ergeben im Freiburger Persönlichkeits-Inventar ein unauffälliges Bild. Sie antworten so, wie es 54% der Eichgruppe getan haben.

Im Semantischen Differential erleben die sekundär amenorrhoischen Frauen sowohl ihre eigenen als auch die fremden Körperausscheidungen und -produkte negativer als die Kontrollgruppe. Besonders ausgeprägt ist die Aversionsreaktion im Bereich des Riechens, wobei Schweiß von fremden Personen als sehr eklig empfunden wird. Es ist keine eindeutige Negativbewertung des Menstruationsblutes im Vergleich zur Kontrollgruppe festzustellen.

Sowohl bei den primär als auch bei den sekundär amenorrhoischen Frauen sind die Mütter sehr besorgt um die Menstruation ihrer Töchter. Das Bluten wird auch häufig unter dem Aspekt des Funktionierens gesehen: "Es ist nicht normal, daß ich nicht blute." Bei einer Untergruppe ist der Kinderwunsch Anlaß zur Untersuchung.

In der überwiegenden Zahl der Fälle läßt sich keine auslösende Situation beschreiben.

Bei mehreren sekundär amenorrhoischen Frauen ist der pathodynamische Grundzug Angst. Die Angst ist mobilisiert worden bei Aufnahme von Beziehungen zum anderen Geschlecht oder der ersten Urlaubsreise ohne die Eltern.

Bei einer weiteren Gruppe ist die Amenorrhoe ein Korrelat zur Depression. Das Ausbleiben der Menstruation tritt an

die Stelle einer gelingenden Trauerarbeit oder ist Folge einer schwerwiegenden Kränkung und Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls.
Wichtig ist die Abgrenzungsproblematik in der Beziehung zur Mutter. Sie wird gemäß des Entwicklungsstandes als symbiotisch, harmonisch oder eher als erdrückend, einengend erlebt. Der Protest gegen die Einengung wird nicht sozial wirksam; die Patientinnen erleben sich häufig als resigniert, ohnmächtig und leer. Es lassen sich keine gravierenden Unterschiede zwischen primär und sekundär amenorrhoischen Frauen dabei feststellen.
Die Menarche wird von den sekundär amenorrhoischen Frauen überwiegend als lästig und unangenehm empfunden oder gar nicht mehr erinnert.
Bei mehr als der Hälfte der Frauen ist keine Aussage über die Beziehung zum Vater möglich. Bei einer Minderheit wird der Vater als sehr mütterlich erlebt, eine weitere Gruppe erlebt den Vater als verständnislos, die dritte Gruppe der Väter ist intellektuell fordernd. Neben den Müttern nehmen die Väter ein insgesamt blasses Bild ein.
Bei den Kinderwunsch-Patientinnen fällt die Diskrepanz zwischen dem intensiv vorgebrachten Wunsch und den psychischen Möglichkeiten der Frau, Mutter zu sein, auf.
Es ist noch hervorzuheben, daß in der Gesamtgruppe der 55 Patientinnen nur eine Frau schwanger gewesen ist, was sie dann aber unterbrochen hat.
Es gibt keine einheitliche Problematik der Patientinnen

mit dem Symptom Amenorrhoe. Es ist wichtig, jede Frau in ihrer Individualität zu verstehen sowie auch die Rückwirkungen von primär organischen Störungen auf das psychische Erleben zu sehen.

4. Diskussion der Ergebnisse

Die Ergebnisse im FPI ergeben ein sehr unauffälliges Bild. Hier zeigt sich einerseits die Begrenztheit der Fragebogenmethodik; denn bei der Einzelfallbetrachtung ergeben sich dann doch bei einer Untergruppe ausgeprägte Tendenzen von psychosomatischer Gestörtheit, Depressivität und Neurotizismus. Andererseits ist zu diskutieren, ob es nicht im Rahmen der Selbstdarstellung zu sehen ist, daß ein Teil der Patientinnen nicht auffallen, sich nicht exponieren will.

Bei der Untersuchung mit dem Semantischen Differential fiel einmal die Abwehr auf, sich über Körperempfindungen zu äußern. Bei der Auswertung tritt die negative Bewertung sowohl des eigenen als auch des fremden Körper hervor. Die starke Ekelreaktion der sekundär amenorrhoischen Frauen im Bereich des Riechens ist im Zusammenhang mit den mangelhaft ausgeprägten Körpergrenzen bei amenorrhoischen Frauen, wie sie bei Osofsky und Fisher (36) beschrieben werden, zu sehen. Der Geruch überschreitet die Körpergrenzen, ist invasiv. Die Wahrnehmung des Geruchs eines anderen Menschen setzt Kontakt voraus. Gerade bei den sekundär amenorrhoischen Frauen wird sehr viel Angst vor solch engem Kontakt mobilisiert. Ich habe keine quantifizierbaren Daten über das Sexualverhalten erhoben. In der Gruppe von Patientinnen, die ich untersucht habe, war die Angst davor so stark zu spüren, daß ich nicht danach gefragt habe.

Hier möchte ich noch einmal betonen, daß ich es für wesentlich halte, als Untersucherin die Ich-Grenzen dieser Patientinnen zu beachten und dementsprechend auch die Methodik zu wählen. So habe ich zwar keine "objektiven" Daten, aber durch die Angst und Abwehr der Patientin sowie meine Gegenübertragung komme ich ebenfalls zu dem Ergebnis, daß Sexualität für die psychische Realität dieser Frauen nur eine geringe Rolle spielt, höchstens unter dem Aspekt der Fortpflanzung.

Daher stimme ich mit Müller (33) überein, daß die Progression in der Entwicklung ausgeblieben ist. Müller hat bei seiner Patientinnengruppe auch eine depressive Grundstruktur gefunden, wobei die Hauptrichtung der Aggressionsentfaltung nach innen, d. h. gegen sich selbst gerichtet ist. Zur Stabilisierung der Person benötigt die Patientin Hilfe von außen, was die Abhängigkeitserhaltung begünstigt. Anstelle der fehlenden inneren Selbstsicherheit wird im besonderen Maße eine schützende Außenbeziehung notwendig. Sie klammert sich an die Eltern, den Freund oder den Mann.

Ich kann kein spezifisches Korrelat der Amenorrhoe wie Rosenkötter (42) feststellen, der die Abwehr der Mutterschaft für wesentlich hält. Diese Frauen haben psychisch noch nicht die Stufe einer reifen Mütterlichkeit erreicht, so daß sie sie abwehren könnten. Auch die Kinderwunsch-Patientinnen haben bisher nur eine archaische Mütterlichkeit nach Molinski (30) entfalten können.

Ich möchte schließlich hervorheben, daß es sicher an der Problematik und dem Verständnis der amenorrhoischen Frauen vorbeigeht, wenn man nach einer spezifischen Problematik im Sinne der Monokausalität sucht. Thomae (47) spricht von typischen Reaktionsbereitschaften, die keineswegs in einem festen, spezifischen Verhältnis zu einer bestimmten Krankheit stehen. Die Krankheitsanfälligkeit ist vielfältig und in der klinischen Erfahrung auch bei demselben Patienten variabel. Die psychosomatische Medizin jagt einer Utopie nach, die als "Spezifikum" nicht gefunden werden kann, so daß Widerlegungen der daraus abgeleiteten Arbeitshypothesen das Feld bestimmen. Sofern sich die psychosomatische Medizin als eine Disziplin begreift, die besonders die psychosozialen Einflüsse auf Krankheitsentstehung und -verlauf zu diagnostizieren und zu therapieren beansprucht, muß die Psychotherapie eine zentrale Stellung in ihr einnehmen. Denn auch die Aus- und Rückwirkungen vorwiegend oder rein somatischer Krankheiten, also das Kranken- oder Krankheitsverhalten, die psychoreaktiven Veränderungen besonders bei chronischen Krankheitsverläufen liegen auf psychosozialem Gebiet. Diese Auswirkungen entspringen den besonderen Anforderungen, welche die Krankheitsverarbeitung an die seelische Integrationsfähigkeit des Patienten und seiner Familie stellt.

Gerade auch bei den primär organischen Amenorrhoen wird deutlich, das das Ausbleiben der körperlichen Entwicklung mit einer Erschwerung der psychischen Reifung einhergeht.

ANHANG

MEDIZINISCHE EINRICHTUNGEN
DER UNIVERSITÄT DÜSSELDORF
Postanschrift:
Medizinische Einrichtungen der Universität Düsseldorf
Frauenklinik
Moorenstraße 5 · 4000 Dusseldorf 1

F P I

Frauenklinik
Direktor: Prof. Dr. L. Beck
Psychosomatische Medizin
Leiter: Prof. Dr. H. Molinski

Auskunft erteilt
Dr. Dmoch

Telefon (0211) 311 - 1
Durchwahl (0211) 311 - 7548

Geburtsdatum _____

1. Buchstabe d. Namens _____

Untersuchungsdatum _____

ANLEITUNG

Sie werden auf den folgenden Seiten eine Reihe von Aussagen über bestimmte Verhaltensweisen, Einstellungen und Interessen finden. Sie können jede entweder mit „**s t i m m t**" oder mit „**s t i m m t n i c h t**" beantworten. Setzen Sie bitte ein Kreuz [X] in den dafür vorgesehenen Kreis. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten, weil jeder Mensch das Recht zu eigenen Anschauungen hat. Antworten Sie bitte so, wie es für Sie zutrifft.

Beachten Sie bitte folgende Punkte:

1. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort vielleicht den „besten Eindruck" machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich gilt. Manche Fragen kommen Ihnen vielleicht sehr persönlich vor. Bedenken Sie aber, daß Ihre Antworten unbedingt vertraulich behandelt werden.
2. Denken Sie nicht lange über einen Satz nach, sondern geben Sie die Antwort, die Ihnen unmittelbar in den Sinn kommt. Natürlich können mit diesen kurzen Fragen nicht alle Besonderheiten berücksichtigt werden. Vielleicht passen deshalb einige nicht gut auf Sie. **Kreuzen Sie aber trotzdem immer eine Antwort an,** und zwar die, welche noch am ehesten für Sie zutrifft.

Grund der Überweisung:

☐ 1. Unterleibschmerzen	☐ 2. Dysmenorrhoe	☐ 3. Praemenstruelles Syndrom
☐ 4. Dysfunktionelle Blutung	☐ 5. Amenorrhoe	☐ 6. Funktionelle Blasenstörung
☐ 7. Funktionelle Sexualstörungen	☐ 8. Pruritus vulvae	☐ 9. Konflikthafte Schwangerschaft
☐ 10. Schmerzhafte Schwangerschaft	☐ 11. Hyperemesis	☐ 12. Gestose (EPH)
☐ 13. Frühgeburts-Bestrebungen	☐ 14. i.u. Fruchttod	☐ 15. Habitueller Abort
☐ 16. Sonstige Schw.-Störung	☐ 17. Endometriose	☐ 18. Desid, Sterilis.
☐ 19. Refertilisierung	☐ 20. Funkt. Sterilität	☐ 21. Hysterektomie
☐ 22. Ca–Phobie	☐ 23. Plast. Op	☐ 24. Malignom
☐ 25. fragl. psych. Störung	☐ 26. sonstige Fragestellung	☐ 27. _____
☐ 28. _____	☐ 29 _____	☐ 30. _____

	stimmt	stimmt nicht
1. Ich habe die Anleitung gelesen und bin bereit, jeden Satz offen zu beantworten	○	○
2 Ich gehe abends gerne aus	○	○
3. Ich schließe nur langsam Freundschaften	○	○
4. Ich bin immer guter Laune	○	○
5. Ich schlage selten zurück, wenn man mich schlägt	○	○
6 Ich träume oft von Dingen, die man am besten für sich behält	○	○
7. Es fällt mir schwer, den richtigen Gesprächsstoff zu finden, wenn ich jemanden kennenlernen will	○	○
8 Ich habe häufig Kopfschmerzen	○	○
9. Mein Herz beginnt manchmal zu jagen oder zu stolpern und unregelmäßig zu schlagen	○	○
10. Ich spüre mein Herz gelegentlich bis zum Halse hinauf schlagen	○	○
11. Ich verliere schnell meine Beherrschung, aber ich fasse mich auch schnell wieder	○	○
12. Ab und zu lache ich über einen unanständigen Witz	○	○
13. Wenn ich etwas wissen will, schaue ich lieber in einem Buch nach, als daß ich jemanden frage	○	○
14. Auch wenn ich mit anderen Leuten zusammen bin, fühle ich mich oft einsam	○	○
15. Ich erröte oder erblasse leicht	○	○
16. Ich habe manchmal Ohrensausen oder Augenflimmern	○	○
17. Ich kann so wütend werden, daß ich z. B. Geschirr zerschlage	○	○
18. Es macht mir offen gestanden manchmal Spaß, andere zu quälen	○	○
19. Wenn mich Leute auf der Straße oder in einem Geschäft beobachten, ist mir das etwas unangenehm	○	○
20. Ich nehme nur ungern an einer großen Gesellschaft, an einem Ball oder an einer öffentlichen Veranstaltung teil	○	○
21. Ich habe manchmal ein Pochen oder deutliches Pulsieren in den Adern	○	○
22. Ich habe manchmal Stiche in der Brust	○	○
23. Wenn mir jemand Unrecht getan hat, wünsche ich ihm eine gesalzene Strafe	○	○
24. Ich glaube, daß man Böses mit Gutem vergelten soll, und ich handle auch dementsprechend	○	○
25. Ich habe manchmal nur zum Spaß etwas Gefährliches getan	○	○
26. Ich bin unternehmungslustiger als die meisten meiner Bekannten	○	○
27. Mir wird leicht schwindlig und schwarz vor Augen, wenn ich mich aus liegender Stellung plötzlich aufrichte	○	○
28. Wird einer aus meinem Freundeskreis angepöbelt, so besorgen wir gemeinsam die Strafe	○	○
29. Ein Hund, der nicht gehorcht, verdient Schläge	○	○
30. Ich träume tagsüber mehr, als für mich gut ist	○	○
31. Ich habe manchmal Hitzewallungen und Blutandrang zum Kopf	○	○
32. Bei Leuten, die etwas freundlicher sind, als ich es erwartete, bin ich auf der Hut	○	○

	stimmt	stimmt nicht
33. Wenn ich Zuflucht zu körperlicher Gewalt nehmen muß, um meine Rechte zu verteidigen, so tue ich es	○	○
34. Ich kann in eine ziemlich langweilige Gesellschaft schnell Leben bringen	○	○
35. Ich werde ziemlich leicht verlegen	○	○
36. Es stört mich nicht, wenn andere an mir oder meiner Arbeit etwas aussetzen	○	○
37. Ich habe selbst bei warmer Witterung häufiger kalte Hände und Füße	○	○
38. Ich bemerke häufiger ein Kribbeln und Prickeln oder auch Taubheit oder Einschlafen meiner Hände, Arme und Beine	○	○
39. Zwischen anderen und mir gibt es oft Meinungsverschiedenheiten	○	○
40. Im Umgang mit anderen Menschen bin ich ungeschickt	○	○
41. Ich fühle mich manchmal ohne Grund ziemlich elend	○	○
42. Mir bleibt in aufregenden Situationen leicht die Luft weg, so daß ich erst wieder ganz tief Atem holen muß	○	○
43. Ich habe manchmal das Gefühl, einen Kloß im Halse zu haben	○	○
44. Wenn ich in Zorn gerate, reagiere ich mich gern in körperlicher Betätigung – wie Holzhacken – ab	○	○
45. Als Kind habe ich manchmal ganz gerne andere gequält, z. B. Arme umgedreht, an Haaren gezogen usw.	○	○
46. Ab und zu verliere ich die Geduld und werde wütend	○	○
47. Manchmal stecke ich voller Tatendrang und ein anderes Mal kann ich mich zu keiner richtigen Arbeit aufraffen	○	○
48. Ich werde manchmal kurzatmig, auch ohne schwere Arbeit verrichtet zu haben	○	○
49. Ich habe manchmal das Gefühl, nicht genügend Luft zu bekommen, ein Gefühl erstickender Enge in der Brust	○	○
50. Ich male mir manchmal aus, wie übel es denen eigentlich ergehen müßte, die mir Unrecht tun	○	○
51. Wenn mich eine Fliege ärgert, bin ich erst zufrieden, wenn ich sie gefangen habe	○	○
52. Ich habe manchmal ein Gefühl der Teilnahmslosigkeit und inneren Leere	○	○
53. Ich scheue mich, allein in einen Raum zu gehen, in dem andere Leute bereits zusammensitzen und sich unterhalten	○	○
54. Ich habe häufiger einen trockenen Mund	○	○
55. Ich habe vieles falsch gemacht im Leben	○	○
56. Ich habe manchmal das Gefühl, daß andere über mich lachen	○	○
57. Ich habe gern mit Aufgaben zu tun, die schnelles Handeln verlangen	○	○
58. Ich fühle mich fast ständig hungrig	○	○
59. Es gab Leute, die mich so ärgerten, daß es zu einer Schlägerei kam	○	○
60. Wenn ich so zurückblicke auf das, was mir alles begegnet ist, bin ich mit meinem Schicksal nicht ganz zufrieden	○	○
61. Im allgemeinen bin ich ruhig und nicht leicht aufzuregen	○	○
62. In einer vergnügten Gesellschaft kann ich mich meistens ungezwungen und unbeschwert auslassen	○	○
63. Ich habe häufiger Appetitmangel	○	○

		stimmt	stimmt nicht
64.	Mir hat es als Kind eigentlich Spaß gemacht, wenn andere von Eltern oder von Lehrern Prügel bezogen	○	○
65.	Ich kann mich in der Regel schnell und sicher entscheiden	○	○
66.	Ich sage nicht immer die Wahrheit	○	○
67.	Ich habe einen empfindlichen Magen (Magendrücken, Völlegefühl, Magenschmerzen)	○	○
68.	Ich hatte schon einmal solchen Zorn auf jemanden, daß ich ihm den Tod wünschte	○	○
69.	Ein Pferd, das nicht gut zieht, soll die Peitsche spüren	○	○
70.	Mein Motto ist: Vertraue Fremden nie!	○	○
71.	Über Vergangenes mache ich mir keine Sorgen mehr	○	○
72.	Ich bin im Grunde eher ein ängstlicher Mensch	○	○
73.	Beim Reisen schaue ich lieber auf die Landschaft, als mich mit den Mitreisenden zu unterhalten	○	○
74.	Wenn mir einmal etwas schiefgeht, regt mich das nicht weiter auf	○	○
75.	Ich kann mir keinen triftigen Grund dafür denken, daß man jemanden schlagen muß	○	○
76.	Fast jede Woche treffe ich jemanden, den ich nicht leiden kann	○	○
77.	Ich tue vieles, was ich hinterher bereue	○	○
78.	Einem Menschen, der mich bösartig verlassen hat, wünsche ich eine gesalzene Strafe	○	○
79.	Ich habe häufiger Übelkeit oder Erbrechen	○	○
80.	Ich habe häufiger Blähungen	○	○
81.	Ich habe häufiger Verstopfung	○	○
82.	Wenn jemand meinem Freund etwas Böses tut, bin ich dabei, wenn es heimgezahlt wird	○	○
83.	Manchmal bin ich zu spät zu einer Verabredung oder zur Schule gekommen	○	○
84.	Ich habe – offen gestanden – schon Tiere gequält	○	○
85.	Wenn ich unerwartet einem alten Freund begegne, würde ich ihm am liebsten um den Hals fallen	○	○
86.	Ich würde mich beim Kellner oder Geschäftsführer eines Restaurants beschweren, wenn ein schlechtes Essen serviert wird	○	○
87.	In aufregenden oder angstvollen Situationen stellt sich bei mir Stuhldrang oder Harndrang ein	○	○
88.	Manchmal bin ich bedrückt, ohne daß ich recht weiß warum	○	○
89.	Oft habe ich alles gründlich satt	○	○
90.	Ich pflege schnell und sicher zu handeln	○	○
91.	Wenn ich ins Bett gehe, schlafe ich gewöhnlich in wenigen Minuten ein	○	○
92.	Wenn mich jemand anschreit, schreie ich zurück	○	○
93.	Es macht mir Spaß, anderen Fehler nachzuweisen	○	○
94.	Gelegentlich kann ich einen Drang, anderen wehe zu tun, nicht beherrschen	○	○
95.	Ich stelle mir manchmal vor, daß meinen Widersachern etwas zustößt	○	○
96.	Sind wir zu mehreren, so überkommt mich oft eine unwiderstehliche Lust zu groben Streichen	○	○
97.	Ab und zu erzähle ich auch mal eine Lüge	○	○

	stimmt	stimmt nicht
98. Ich war aktiv an der Organisation eines Vereins oder einer Gruppe beteiligt	○	○
99. Es gibt nur wenige Dinge, die mich leicht erregen oder ärgern	○	○
100. Ich schaue oft zur Seite oder auf die andere Straßenseite, um jemandem nicht begegnen zu müssen	○	○
101. Hin und wieder gebe ich ein bißchen an	○	○
102. Ich bin ziemlich lebhaft	○	○
103. Ich zweifle manchmal, ob Leute, mit denen ich spreche, auch wirklich an dem interessiert sind, was ich sage	○	○
104. Ich habe manchmal rote Flecken am Hals oder im Gesicht	○	○
105. Wenn ich wirklich wütend werde, bin ich in der Lage, jemandem eine runterzuhauen	○	○
106. Wenn jemand mich schlecht behandelt, so rege ich mich darüber nicht weiter auf	○	○
107. Es fällt mir schwer, meinen Bekannten gegenüber eine abweichende Ansicht zu vertreten	○	○
108. Schon die Möglichkeit, daß ich Pech haben könnte, regt mich manchmal auf	○	○
109. Ich kann nicht jeden leiden, den ich kenne	○	○
110. Mein Körper kann sich nur selten ganz entspannen	○	○
111. Es kommt vor, daß ich in bestimmten Situationen etwas zu stottern beginne	○	○
112. Meine Hände sind häufiger zittrig (z. B. beim Anzünden einer Zigarette oder Halten einer Tasse)	○	○
113. Manchmal habe ich Gedanken, derer ich mich schämen muß	○	○
114. Ich weiß nicht warum, aber manchmal möchte ich etwas kurz und klein schlagen	○	○
115. Es beruhigt mich manchmal, mir wenigstens vorzustellen, daß es widerwärtigen Menschen schlecht ergeht	○	○
116. Meine Hände und Füße sind häufiger ruhelos	○	○
117. Ich genieße einen Abend mehr, wenn ich einer privaten Lieblingsbeschäftigung nachgehe, als wenn ich in einer frohen Gesellschaft bin	○	○
118. Ich gehöre zu den Menschen, die die Dinge im allgemeinen leicht nehmen	○	○
119. Es fällt mir meist leicht, mich auf meine Arbeit zu konzentrieren	○	○
120. Es würde mir nichts ausmachen, für einen guten Zweck Leute um Spenden zu bitten	○	○
121. In Gesellschaft ist mein Benehmen meistens besser als zu Hause	○	○
122. Mir rutschen häufig Bemerkungen heraus, die ich besser hinuntergeschluckt hätte	○	○
123. Ich hätte gerne einen Beruf, der viel Abwechslung und Reisen mit sich bringt, auch wenn eine größere Unsicherheit damit verbunden ist	○	○
124. Wenn ich mich bei einer Gesellschaft ungeschickt benommen habe, kann ich das schnell wieder vergessen	○	○
125. Ich habe nur wenige gute Bekannte	○	○
126. Ich bemerke häufiger ein unwillkürliches Zucken um meine Augen, ein Zucken des Kopfes, des Gesichts oder der Schultern	○	○
127. Ich bin zu bestimmten Zeiten oder auch im allgemeinen besonders lichtempfindlich und geräuschempfindlich, so daß mir helles Licht, krasse Farben oder bestimmte Geräusche körperlich „weh" tun	○	○

	stimmt	stimmt nicht
128. Nach einer Party habe ich oft Lust, mit den anderen noch irgendwie Leute zu ärgern	◯	◯
129. Ich glaube, ich könnte ein leidenschaftlicher Jäger sein	◯	◯
130. Bedenkt man alles Leid auf dieser Erde, so kann man eigentlich nur wünschen, nicht geboren zu sein	◯	◯
131. Wer mich ernsthaft beleidigt, handelt sich eine Ohrfeige ein	◯	◯
132. Ich lasse mich durch eine Vielzahl von kleinen Störungen nicht aus der Ruhe bringen	◯	◯
133. Wenn ich wütend bin, sage ich Ungehöriges	◯	◯
134. Bei Geselligkeiten und öffentlichen Veranstaltungen bleibe ich lieber im Hintergrund	◯	◯
135. In Gegenwart von bedeutenden Menschen oder Vorgesetzten werde ich leicht verlegen	◯	◯
136. Ich kann oft meinen Ärger und meine Wut nicht beherrschen	◯	◯
137. Es ist mir unangenehm, wenn mir Leute bei der Arbeit zusehen	◯	◯
138. Ich träume tagsüber oft von Dingen, die doch nicht verwirklicht werden können	◯	◯
139. Ich würde lieber in einer lebhaften Großstadt wohnen als in einem ruhigen Dorf	◯	◯
140. Manchmal habe ich mir schrecklich viel Sorgen über etwas gemacht, was wirklich nicht wichtig war	◯	◯
141. Manchmal schiebe ich etwas auf, was ich sofort tun sollte	◯	◯
142. Es liegt mir nicht, Witze und unterhaltsame Geschichten zu erzählen	◯	◯
143. Ich zucke leicht zusammen, wenn sich etwas schnell bewegt oder wenn ich ganz unvermutet von jemandem angesprochen werde	◯	◯
144. Ich beginne bei Schreck oder Aufregung zu zittern oder bekomme leicht „weiche Knie"	◯	◯
145. Es macht mir Spaß, mit einem Stock Blumen zu köpfen	◯	◯
146. Alltägliche Schwierigkeiten bringen mich oft aus der Ruhe	◯	◯
147. Es gibt Zeiten, in denen ich ganz traurig und niedergedrückt bin	◯	◯
148. Ich bekomme vor bestimmten Ereignissen leicht Lampenfieber und körperliche Unruhe	◯	◯
149. Ich gehöre leider zu denen, die oft in Wut geraten	◯	◯
150. Ich gehörte früher zu einer Bande, die durch dick und dünn zusammenhielt	◯	◯
151. Es fällt mir schwer, vor einer großen Gruppe von Menschen zu sprechen oder vorzutragen	◯	◯
152. Meine Laune wechselt ziemlich oft	◯	◯
153. Ich ermüde schneller als die meisten Menschen meiner Umgebung	◯	◯
154. Ich spüre es im ganzen Körper, wenn ich mich über etwas sehr ärgere oder aufrege	◯	◯
155. Ich bin leicht aus der Ruhe gebracht, wenn ich angegriffen werde	◯	◯
156. Ich ziehe das Handeln dem Planeschmieden vor	◯	◯
157. Ich werde oft durch unnütze Gedanken belästigt, die mir immer wieder durch den Kopf gehen	◯	◯
158. Meine Familie und meine Bekannten können mich im Grunde kaum richtig verstehen	◯	◯

		stimmt	stimmt nicht
159.	Ich habe Schwierigkeiten einzuschlafen oder durchzuschlafen	○	○
160.	Mein Körper braucht eigentlich mehr als 8 Stunden Schlaf, um sich wirklich zu erholen	○	○
161.	Es gibt so viel, worüber man sich ärgern muß!	○	○
162.	Ich spreche oft Drohungen aus, die ich gar nicht ernst meine	○	○
163.	Häufig sage ich ohne zu überlegen etwas, was ich später bereue	○	○
164.	Ich grüble viel über mein bisheriges Leben nach	○	○
165.	Ich spiele anderen Leuten gern einen harmlosen Streich	○	○
166.	Meistens blicke ich voller Zuversicht in die Zukunft	○	○
167.	Selbst wenn sich alles gegen mich verschworen hat, lasse ich den Mut nicht sinken	○	○
168.	Ich bin manchmal mürrisch und schlecht aufgelegt	○	○
169.	Ich träume ziemlich oft	○	○
170.	Ich bin morgens nach dem Aufwachen meist noch eine ganze Weile müde und „zerschlagen"	○	○
171.	Ich mache mich gern über andere Leute lustig	○	○
172.	Ich habe fast immer eine schlagfertige Antwort bereit	○	○
173.	Auch wenn mich etwas sehr aus der Fassung bringt, beruhige ich mich meistens wieder rasch	○	○
174.	Ich übernehme bei gemeinsamen Unternehmungen gerne die Führung	○	○
175.	Oft rege ich mich zu rasch über jemanden auf	○	○
176.	Ich treffe nicht gern mit Leuten zusammen, die ich noch nicht kenne	○	○
177.	Oft bin ich so schlecht aufgelegt, daß ich von niemandem etwas wissen will	○	○
178.	Ich fühle mich dem Leben und seinen Schwierigkeiten eigentlich gut gewachsen	○	○
179.	Als Kind habe ich ab und zu mal genascht	○	○
180.	Es fällt mir schwer, andere Leute für mich zu gewinnen	○	○
181.	Ich würde mich selbst als eher gesprächig bezeichnen	○	○
182.	Manchmal macht es mir Freude, Menschen zu verletzen, die ich liebe	○	○
183.	Lieber jemandem die Nase einschlagen als feige sein	○	○
184.	Mein Blut kocht, wenn man mich zum Narren hält	○	○
185.	Ich neige zu großer Gewissenhaftigkeit	○	○
186.	Ich lasse andere Menschen gern meine Meinung wissen	○	○
187.	Manchmal habe ich ohne eigentlichen Grund ein Gefühl unbestimmter Gefahr oder Angst	○	○
188.	Ich neige dazu, nicht mit Leuten zu sprechen, bis diese mich ansprechen	○	○
189.	Ich bin oft gedankenverloren	○	○
190.	Ich bin hin und wieder ein wenig schadenfroh	○	○
191.	Oft ärgere ich mich zu schnell über andere	○	○
192.	Ich spreche manchmal über Dinge, von denen ich nichts verstehe	○	○
193.	Ich fühle oft, daß ich nicht den richtigen Lebenswandel führe	○	○
194.	Ich fühle mich oft wie ein Pulverfaß kurz vor der Explosion	○	○

		stimmt	stimmt nicht
195.	Meine Tischmanieren sind zu Hause weniger gepflegt als in Gesellschaft	○	○
196.	Ich bin häufiger abgespannt, matt und erschöpft	○	○
197.	Mein Körper reagiert deutlich auf Witterungsumschwung oder auf Klimawechsel	○	○
198.	Ich bin selten in bedrückter, unglücklicher Stimmung	○	○
199.	Ich unterhalte mich so gerne mit anderen Leuten, daß ich jede Gelegenheit ausnutze, um mit einem Fremden zu sprechen	○	○
200.	Meine Gefühle sind leicht verletzt	○	○
201.	Morgens beim Aufstehen bin ich oft so guter Laune, daß ich pfeife oder singe	○	○
202.	Bei wichtigen Entscheidungen fühle ich mich auch nach langer Bedenkzeit noch unsicher	○	○
203.	Ich neige dazu, bei Auseinandersetzungen lauter zu sprechen als sonst	○	○
204.	Es macht mir nichts aus, wenn man sich über mich lustig macht	○	○
205.	Manchmal denke ich, daß ich überhaupt zu nichts tauge	○	○
206.	Es beunruhigt mich, was andere Leute über mich denken könnten	○	○
207.	Über Enttäuschungen komme ich ziemlich leicht hinweg	○	○
208.	Ich kaue oft auf meinen Lippen oder Fingernägeln	○	○
209.	Lieber gebe ich mal in einem Punkt nach, als daß ich mich darüber streite	○	○
210.	Ich kann mich erinnern, mal so zornig gewesen zu sein, daß ich das nächstbeste Ding nahm und es zerriß oder zerschlug	○	○
211.	Ich bin am glücklichsten, wenn ich allein bin	○	○
212.	Manchmal sehne ich mich richtig nach einer Aufregung	○	○

Bitte überprüfen Sie noch einmal, ob Sie wirklich a l l e Sätze beantwortet haben!

Beantworten Sie bitte noch folgende Fragen, indem Sie das Zutreffende ankreuzen:

Geschlecht

männlich ○

weiblich ○

Alter ☐ Jahre

Schulabschluß

vor der letzten Hauptschulklasse abgeschlossen ○

mit der letzten Hauptschulklasse abgeschlossen ○

Mittel- oder Handelsschule ohne Abschlußprüfung ○

Mittel- oder Handelsschule mit Abschlußprüfung ○

Höhere Schule ohne Abitur ○

Abitur ohne anschließendes Studium ○

Abitur mit anschließendem Studium ○

andere Schulbildung (welche?)

Einwohnerzahl der Wohngemeinde

weniger als 2 000 ○

weniger als 100 000 ○

mehr als 100 000 ○

Sind Sie berufstätig?

ja ○

ja, mithelfend im eigenen Betrieb ○

Hausfrau ○

Schüler ○

Student ○

in Berufsausbildung ○

Rentner, Ruhestand ○

arbeitslos ○

ohne Beruf ○

Berufsstellung des B e f r a g t e n

(Hausfrauen bitte den Beruf des **Mannes** ankreuzen, Rentner den **ehemaligen** Beruf, Befragte in Berufsausbildung und Nichtberufstätige den Beruf des **Ernährers**)

Inhaber und Geschäftsführer von größeren Unternehmen, Direktoren ○

Freier Beruf ○

Mittlere und kleine selbständige Geschäftsleute ○

Selbständiger Handwerker ○

Leitender Angestellter ○

Nichtleitender Angestellter ○

Beamter des höheren oder gehobenen Dienstes ○

Beamter des mittleren oder einfachen Dienstes ○

Landwirt ○

Facharbeiter mit abgelegter Prüfung ○

Sonstige Arbeiter ○

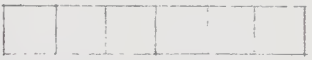
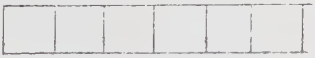
Landarbeiter ○

Ohne Beruf ○

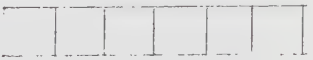
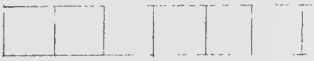
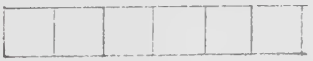
SEMANTISCHES DIFFERENTIAL

Anleitung:
Sie finden hier Aussagen sowie Gegensatzpaare, mit denen Körperausscheidungen und -produkte beschrieben werden können. Kreuzen Sie bitte auf der Skala das Kästchen an, das am ehesten dem Grad Ihrer Empfindung entspricht.
Hiermit versichere ich Ihnen, daß Ihre Angaben unbedingt vertraulich behandelt werden.

1a) Eigene Kopfschuppen

dick		dünn
schmutzig		sauber
wohlriechend		stinkend
Es macht mir nichts aus, wenn ich sie sehe.		Es wird mir schlecht, wenn ich sie sehe.
Trotz größter Überwindung kann ich sie nicht anfassen.		Es macht mir nichts aus, sie anzufassen.

1b) Kopfschuppen von anderen Personen

dick		dünn
schmutzig		sauber
wohlriechend		stinkend

Es macht mir nichts aus, wenn ich sie sehe.

Es wird mir schlecht wenn ich sie sehe.

Trotz größter Überwindung kann ich sie nicht anfassen.

Es macht mir nichts aus, sie anzufasseen.

2a) Eigene Tränen

dick

dünn

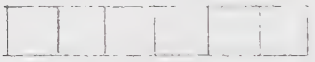
schmutzig

sauber

wohlriechend

stinkend

Es macht mir nichts aus, wenn ich sie sehe.



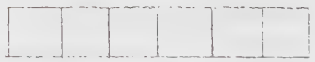
Es wird mir schlecht, wenn ich sie sehe.

Trotz größter Überwindung kann ich sie nicht anfassen.

Es macht mir nichts aus, sie anzufassen.

2b) Tränen von anderen Personen

dick

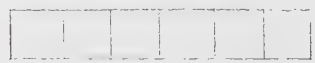


dünn

schmutzig

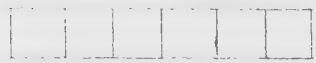
sauber

wohlriechend



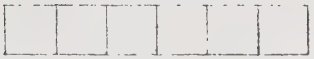
stinkend

Es macht mir nichts aus, wenn ich sie sehe.



Es wird mir schlecht, wenn ich sie sehe.

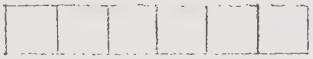
Trotz größter Überwindung kann ich sie nicht anfassen.



Es macht mir nichts aus, sie anzufassen.

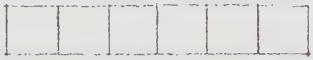
3a) Eigenes Nasenblut

dick



dünn

schmutzig



sauber

wohlriechend

stinkend

Es macht mir nichts aus, wenn ich es sehe.

Es wird mir schlecht wenn ich es sehe.

Trotz größter Überwindung kann ich es nicht anfassen.

Es macht mir nichts aus, es anzufassen.

3b) Nasenblut von anderen Personen

dick

dünn

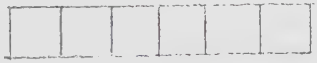
schmutzig

sauber

wohlriechend

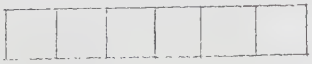
stinkend

Es macht mir nichts aus, wenn ich es sehe.



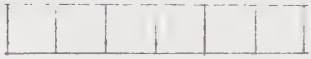
Es wird mir schlecht wenn ich es sehe.

Trotz größter Überwindung kann ich es nicht anfassen.

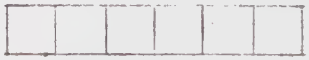
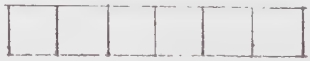


Es macht mir nichts aus, es anzufassen.

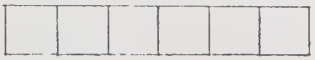
4a) Eigener Urin

dick		dünn
schmutzig		sauber
wohlriechend		stinkend
Es macht mir nichts aus, wenn ich ihn sehe.		Es wird mir schlecht, wenn ich ihn sehe.
Trotz größter Überwindung kann ich ihn nicht anfassen.		Es macht mir nichts aus, ihn anzufassen.

4b) Urin von anderen Personen

dick		dünn
schmutzig		sauber
wohlriechend		stinkend
Es macht mir nichts aus, wenn ich ihn sehe.		Es wird mir schlecht, wenn ich ihn sehe.
Trotz größter Überwindung kann ich ihn nicht anfassen.		Es macht mir nichts aus, ihn anzufassen.

5a) Eigener Schweiß

dick		dünn
schmutzig		sauber
wohlriechend		stinkend
Es macht mir nichts aus, wenn ich ihn sehe.		Es wird mir schlecht, wenn ich ihn sehe.
Trotz größter Überwindung kann ich ihn nicht anfassen.		Es macht mir nichts aus, ihn anzufassen.

5b) Schweiß von anderen Personen

dick		dünn
schmutzig		sauber
wohlriechend		stinkend
Es macht mir nichts aus, wenn ich ihn sehe.		Es wird mir schlecht, wenn ich ihn sehe.
Trotz größter Überwindung kann ich ihn nicht anfassen.		Es macht mir nichts aus, ihn anzufassen.

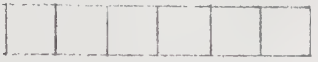
6a) Eigenes Venenblut (beim Blutabnehmen)

dick		dünn
schmutzig		sauber
wohlriechend		stinkend
Es macht mir nichts aus, wenn ich es sehe.		Es wird mir schlecht, wenn ich es sehe.
Trotz größter Überwindung kann ich es nicht anfassen.		Es macht mir nichts aus, es anzufassen.

6b) Venenblut von anderen Personen

dick		dünn
schmutzig		sauber
wohlriechend		stinkend
Es macht mir nichts aus, wenn ich es sehe.		Es wird mir schlecht, wenn ich es sehe.
Trotz größter Überwindung kann ich es nicht anfassen.		Es macht mir nichts aus, es anzufassen.

7a) Eigener Kot

dick		dünn
schmutzig		sauber
wohlriechend		stinkend
Es macht mir nichts aus, wenn ich ihn sehe.		Es wird mir schlecht, wenn ich ihn sehe.
Trotz größter Überwindung kann ich ihn nicht anfassen.		Es macht mir nichts aus, ihn anzufassen.

7b) Kot von anderen Personen

dick		dünn
schmutzig		sauber
wohlriechend		stinkend
Es macht mir nichts aus, wenn ich ihn sehe.		Es wird mir schlecht, wenn ich ihn sehe.
Trotz größter Überwindung kann ich ihn nicht anfassen.		Es macht mir nichts aus, ihn anzufassen.

8) Muttermilch

dick		dünn
schmutzig		sauber
wohlriechend		stinkend
Es macht mir nichts aus, wenn ich sie sehe.		Es wird mir schlecht wenn ich sie sehe.
Trotz größter Überwindung kann ich sie nicht anfassen.		Es macht mir nichts aus, sie anzufassen.

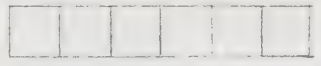
9a) Eigener Eiter

dick dünn

schmutzig sauber

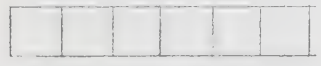
wohlriechend stinkend

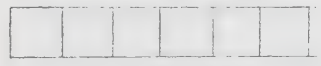
Es macht mir nichts aus, wenn ich ihn sehe. Es wird mir schlecht, wenn ich ihn sehe.

Trotz größter Überwindung kann ich ihn nicht anfassen.  Es macht mir nichts aus, ihn anzufassen.

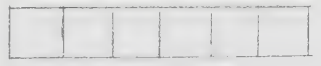
9b) Eiter von anderen Personen

dick dünn

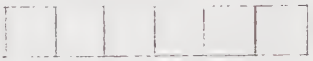
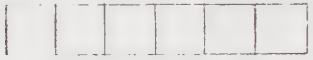
schmutzig  sauber

wohlriechend  stinkend

Es macht mir nichts aus, wenn ich ihn sehe. Es wird mir schlecht, wenn ich ihn sehe.

Trotz größter Überwindung kann ich ihn nicht anfassen.  Es macht mir nichts aus, ihn anzufassen.

10a) Eigenes Menstruationsblut

dick		dünn
schmutzig		saubcr
wohlriechend		stinkend
Es macht mir nichts aus, wenn ich es sehe.		Es wird mir schlecht, wenn ich es sehe.
Trotz größter Überwindung kann ich es nicht anfassen.		Es macht mir nichts aus, es anzufassen.

10b) Menstruationsblut von anderen Personen

dick		dünn
schmutzig		sauber
wohlriechend		stinkend
Es macht mir nichts aus, wenn ich es sehe.		Es wird mir schlecht, wenn ich es sehe.
Trotz größter Überwindung kann ich es nicht anfassen.		Es macht mir nichts aus, es anzufassen.

11a) Eigener Speichel

dick		dünn
schmutzig		sauber
wohlriechend		stinkend
Es macht mir nichts aus, wenn ich ihn sehe.		Es wird mir schlecht, wenn ich ihn sehe.
Trotz größter Überwindung kann ich ihn nicht anfassen.		Es macht mir nichts aus, ihn anzufassen.

11b) Speichel von anderen Personen

dick		dünn
schmutzig		sauber
wohlriechend		stinkend
Es macht mir nichts aus, wenn ich ihn sehe.		Es wird mir schlecht, wenn ich ihn sehe.
Trotz größter Überwindung kann ich ihn nicht anfassen.		Es macht mir nichts aus, ihn anzufassen.

12a) Eigenes Erbrochenes

dick		dünn
schmutzig		sauber
wohlriechend		stinkend
Es macht mir nichts aus, wenn ich es sehe.		Es wird mir schlecht, wenn ich es sehe.
Trotz größter Überwindung kann ich es nicht anfassen.		Es macht mir nichts aus, es anzufassen.

12b) Erbrochenes von anderen Personen

dick		dünn
schmutzig		sauber
wohlriechend		stinkend
Es macht mir nichts aus, wenn ich es sehe.		Es wird mir schlecht, wenn ich es sehe.
Trotz größter Überwindung kann ich es nicht anfassen.		Es macht mir nichts aus, es anzufassen.

13a) Eigenes Blut aus Wunden

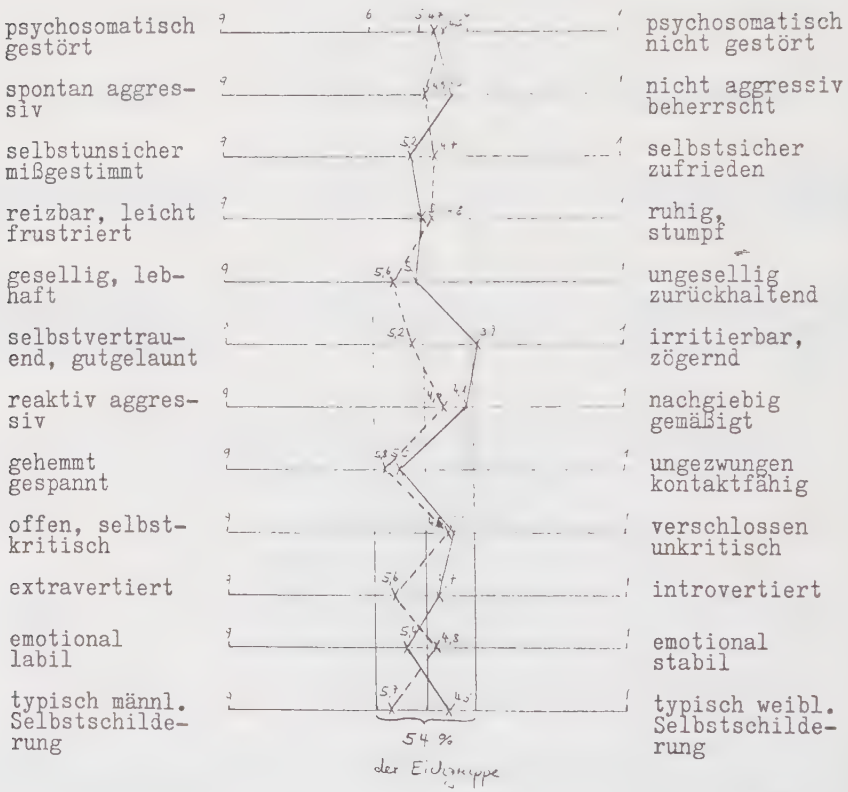
dick		dünn
schmutzig		sauber
wohlriechend		stinkend
Es macht mir nichts aus, wenn ich es sehe.		Es wird mir schlecht, wenn ich es sehe.
Trotz größter Überwindung kann ich es nicht anfassen.		Es macht mir nichts aus, wenn ich es anfasse.

13b) Blut aus Wunden von anderen Personen

dick		dünn
schmutzig		sauber
wohlriechend		stinkend
Es macht mir nichts aus, wenn ich es sehe.		Es wird mir schlecht, wenn ich es sehe.
Trotz größter Überwindung kann ich es nicht anfassen.		Es macht mir nichts aus, es anzufassen.

5.3. Abbildungen

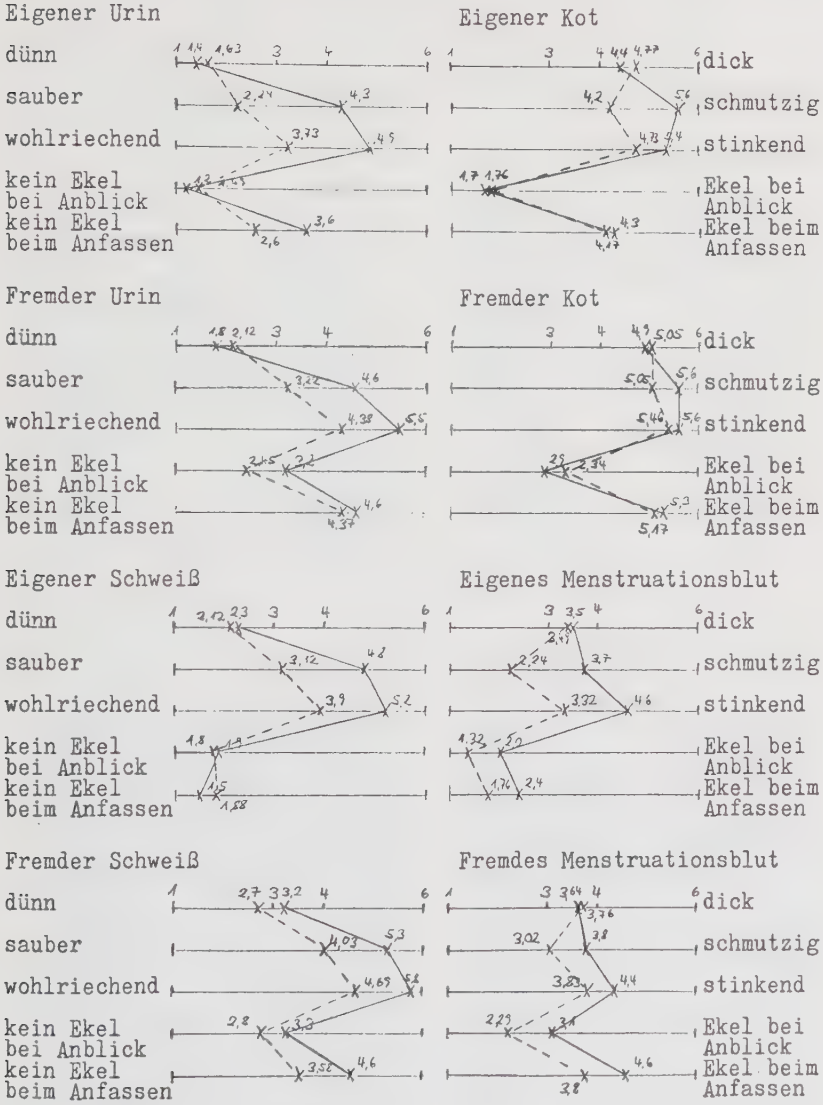
Abb. 1: Graphische Darstellung der Auswertung des FPI



——— Sekundäre Amenorrhoe

- - - - Primäre Amenorrhoe

Abb. 2: Graphische Darstellung zur Auswertung des Semantischen Differentials



——— Sekundäre Amenorrhoe

– – – – Kontrollgruppe

5.4. Tabellen

Tab. 1: Rangliste bei dem Item "sauber-schmutzig"

Kontrollgruppe		Patientinnengruppe mit sekundärer Amenorrhoe	
A) Eigene Produkte			
1) Tränen	1,22	1) Tränen	2,0
2) Venenblut	1,46	2) Venenblut	2,0
3) Blut aus Wunden	1,73	3) Speichel	2,1
4) Speichel	1,78	4) Blut aus Wunden	2,2
5) Nasenblut	2,02	5) Nasenblut	2,91
6) Menstruationsblut	2,24	6) Menstruationsblut	3,7
7) Urin	2,24	7) Kopfschuppen	3,73
8) Kopfschuppen	2,3	8) Urin	4,3
9) Schweiß	3,12	9) Erbrochenes	4,67
10) Eiter	3,77	10) Schweiß	4,8
11) Kot	4,2	11) Kot	5,6
12) Erbrochenes	4,22	12) Eiter	5,6
B) Fremde Produkte			
1) Tränen	1,44	1) Tränen	1,73
2) Venenblut	1,85	2) Venenblut	2,3
3) Blut aus Wunden	2,02	3) Blut aus Wunden	2,3
4) Nasenblut	2,37	4) Nasenblut	3,0
5) Speichel	2,8	5) Speichel	3,0
6) Menstruationsblut	3,02	6) Menstruationsblut	3,8
7) Urin	3,22	7) Kopfschuppen	4,18
8) Kopfschuppen	3,37	8) Urin	4,6
9) Schweiß	4,03	9) Erbrochenes	5,0
10) Eiter	4,47	10) Schweiß	5,3
11) Erbrochenes	4,93	11) Eiter	5,5
12) Kot	5,05	12) Kot	5,6
Muttermilch	1,33	Muttermilch	1,4

Tab. 2: Rangliste bei dem Item "wohlriechend-stinkend"

Kontrollgruppe		Patientinnengruppe mit sekundärer Amenorrhoe	
A) Eigene Produkte			
1) Tränen	1,93	1) Tränen	2,73
2) Venenblut	2,45	2) Venenblut	3,2
3) Speichel	2,59	3) Blut aus Wunden	3,3
4) Blut aus Wunden	2,63	4) Speichel	3,4
5) Kopfschuppen	2,93	5) Nasenblut	3,82
6) Nasenblut	2,98	6) Kopfschuppen	4,27
7) Menstruationsblut	3,32	7) Menstruationsblut	4,6
8) Urin	3,73	8) Urin	4,9
9) Schweiß	3,90	9) Eiter	5,0
10) Eiter	4,03	10) Schweiß	5,2
11) Kot	4,73	11) Kot	5,4
12) Erbrochenes	5,32	12) Erbrochenes	5,56
B) Fremde Produkte			
1) Tränen	2,24	1) Tränen	2,55
2) Venenblut	2,78	2) Blut aus Wunden	3,3
3) Blut aus Wunden	2,85	3) Venenblut	3,4
4) Speichel	3,27	4) Speichel	3,5
5) Nasenblut	3,27	5) Nasenblut	3,55
6) Kopfschuppen	3,63	6) Kopfschuppen	4,36
7) Menstruationsblut	3,83	7) Menstruationsblut	4,4
8) Urin	4,38	8) Eiter	4,8
9) Eiter	4,48	9) Urin	5,5
10) Schweiß	4,69	10) Erbrochenes	5,56
11) Kot	5,46	11) Kot	5,6
12) Erbrochenes	5,59	12) Schweiß	5,8
Muttermilch	1,87	Muttermilch	2,3

5.5. Ausgewählte Gesprächsprotokolle

Gesprächsprotokoll Nr. 1

Die 19jährige Schülerin einer 12. Gymnasialklasse ist die jüngste von vier Kindern. Sie ist die einzige, die noch zu Hause lebt. Die Eltern haben sie zur Ambulanz gebracht. Die Patientin kommt allein zum Gespräch. Sie wirkt schüchtern und etwas ängstlich.

Die Menstruation ist ausgeblieben seit dem Sommer 1979, als sie im Reiterurlaub war. Sie gibt an, dort körperlich sehr beansprucht worden zu sein. In der Zeit habe sie 2 kg abgenommen, was sie sehr positiv fand, so daß sie dann innerhalb der nächsten drei Monate weitere 3 kg abgenommen habe. Jetzt wiegt sie 54 kg bei 1,72 m.

Die Patientin vermißt ihre Menstruation nicht sehr. "Beim Sport ist die Menstruation eher lästig. Allerdings war ich doch beunruhigt. Ich dachte, ich hätte eine Krankheit."

Die Patientin schildert, daß sie große Angst vor dem Abitur habe und daß deswegen ein ständiger Druck auf ihr laste. Die Patientin wirkt auf mich wie ein großes liebes Mädchen, das noch sehr an den Eltern hängt und viel Angst vor dem Erwachsenwerden hat.

Krankenblatt: Die Patientin ist noch eine Virgo.

Gesprächsprotokoll Nr. 2

Die 29jährige Patientin nimmt das Angebot an, mit Herrn Dr. med. W. Dmoch zu sprechen. Sie ist Verwaltungsangestellte bei einer Sparkasse und lebt als jüngstes von sieben Kindern mit einer Schwester noch zu Hause. Sie wolle nicht weg von zu Hause teils aus Bequemlichkeit, teils weil sie an der Mutter hänge. Andererseits möchte sie einen Partner kennenlernen, um mit ihm zu leben. Die Gleichaltrigen hätten Kinder oder seien verheiratet, die seien Vorbilder für sie. Sie sei vielleicht so unzufrieden, weil sie das noch nicht geschafft habe. Dabei wird sie sehr traurig.

Vor 10 Jahren, als sie die letzte spontane Blutung hatte, habe sie eine kleine Ferienfreundschaft gehabt. Sie sei mit ihrer Schwester erstmals in Urlaub gefahren und der Junge habe sie später besucht. Der Vater habe sie damals angeschrien: "Bei Dir tickt es wohl nicht richtig, lern erst einmal etwas." Sie habe es damals als schön empfunden, umschwärmt zu sein. Heute wisse sie nicht einmal seinen Namen.

Sie sei sehr streng und katholisch erzogen. Ihre Schwester habe heiraten müssen, vielleicht sei sie den Männern gegenüber zu gutmütig gewesen. Die andere Schwester sei vergewaltigt worden und deren Kind sei nun ihre Schwester, nachdem ihre Eltern das Kind adoptiert hätten. Eine andere Schwester habe psychotisch reagiert nach dem Bruch einer Verlobung. Die Mutter wolle nur ihr Bestes. Man fühle aber, sie wäre traurig, wenn man sie verlassen würde. Als

eine Schwester ausgezogen sei ohne Heirat, habe die Mutter das gar nicht verstehen können und sei schwer gekränkt gewesen. Die Patientin schildert sich als sehr sensibel. Zum Beispiel habe sie bei Bestehen einer Prüfung furchtbar weinen müssen. Auf Befragen gibt die Patientin als Lieblingsmärchen Dornröschen an: "Ich warte auf einen Prinzen, der mich wachküßt." Die Patientin ist noch sehr an ihre Mutter gebunden, die die Patientin mit ihrer allumfassenden, überschüttenden Fürsorge zu Hause hält und verpflichtet. Die Patientin ist dabei passiv, fordernd, abwartend. Sie ist von ihrem Vater schwer gekränkt worden, hat keine rechte Beziehung zu ihm. Auch schreckt sie das Schicksal der Schwestern ab, so daß sie lieber Mutters brave Tochter bleibt.

Gesprächsprotokoll Nr. 3

Die 21jährige Patientin ist in der Ausbildung zum Industrie- und Handelskaufmann. Sie hat im Januar 1981 die letzte Blutung nach Einnahme der Pille, 1979 die letzte spontane Blutung gehabt. Sie kommt in die Ambulanz wegen des mangelnden Funktionierens: "Es ist nicht normal, daß ich nicht blute." Die Patientin hatte zunächst Angst, Krebs zu haben. Jetzt will sie ihre Tage wieder haben, um die Pille nehmen zu können. "Irgendwann möchte ich einmal Kinder haben." Sie lebt noch bei den Eltern und fühlt sich dort sehr wohl: "Wenn es mir dort nicht gefallen würde, wäre ich schon längst ausgezogen. Für mich bietet das Zuhause nur Vorteile; ich kann kommen und gehen, wann ich will. Ich habe zwar dort auch Pflichten: Zimmer aufräumen und sauberhalten. Aber sonst wird alles für mich gemacht." Der Vater läßt sie spüren, daß er es nicht mag, wenn sie mit ihrem Freund schläft, so daß sie dann dort übernachten. Die Patientin versucht mir das Bild zu vermitteln, daß bei ihr alles normal ist: Normale Menarche - "ich wußte vorher davon; ich hatte das Gefühl, ich werde erwachsen, habe mich aber nicht sonderlich gefreut", normale Beziehung, normale Familie, normaler Körper ("Ich bin zufrieden damit") bis auf einen kleinen Makel, daß die Blutung nicht kommt. Die Patientin möchte sich noch nicht verselbständigen, hat sich über das Erwachsenwerden nicht gefreut.
Ich empfinde die Patientin als sehr kontrolliert in Sprache und Ausdrucksweise (sorgfältige Aussprache ei-

nes jeden Wortes), sehr korrekt in der Kleidung (Bluse, Blazer, Rock - alles sehr unauffällig und ordentlich).

Gesprächsprotokoll Nr. 4

Die 32jährige Patientin kommt in die Ambulanz wegen Kinderwunsches. Sie ist mit ihrem Mann seit neun Jahren verheiratet; sie kennen sich seit 12 Jahren. Sie waren beide jeweils der erste Intimpartner füreinander. "Ich bin in der Beziehung vielleicht ein Spätzünder. Ich habe mit fast 20 Jahren das erste Mal Verkehr gehabt." Die Patientin hat mit 18 Jahren ihre Menarche erlebt. "Ich hatte eigentlich gar nicht mehr damit gerechnet." Ich fand es nicht besonders schön, als ich geblutet habe. Ich habe zwar keine Schmerzen gehabt, aber es war doch irgendwie lästig. Als sie anderthalb Jahre die Pille genommen habe, habe sie einen starken Libidoverlust gehabt. Auch habe sie unter starkem Haarausfall gelitten.
"Anfangs wollte mein Mann noch kein Kind, da er erst aufs Abendgymnasium gegangen ist und jetzt mit seinem Studium angefangen hat. Nachher wurde es doch sehr viel, so daß er dann aufgehört hat zu arbeiten. Andere sagen mir oft, ich ließe mich ausnutzen. Mein Mann würde mich ausbeuten. Ich habe mir da mittlerweile ein dickes Fell angeschafft, obwohl es doch ein wunder Punkt ist. Ich kenne keine Eifersucht auf meine jüngeren Geschwister, die beide studieren. Meine jüngere Schwester kommt auch nicht so oft nach Hause. Ich glaube, es liegt daran, daß ich mit den Eltern auch viel miterlebt habe. 1955 sind sie aus der DDR gekommen. Wir haben zwei Jahre im Flüchtlingslager gelebt; uns ging es finanziell sehr schlecht. Meine Mutter ist noch sehr jung: 51 Jahre. Wenn es damals schon Ver-

hütungsmittel gegeben hätte, wäre ich wahrscheinlich nicht geboren worden. Ich habe meine Mutter immer als ältere Schwester erlebt. Auch jetzt machen wir noch viel gemeinsam. Wir gehen z. B. jede Woche gemeinsam turnen oder töpfern zusammen. Auch sonst fahre ich sehr gern nach Hause. Manchmal denke ich, daß meine Mutter eine Affenliebe zu ihren Kindern entwickelt hat. Wir sind für sie der einzige Lebensinhalt; früher war meine Mutter Kindergärtnerin. Das Verhältnis zu meinem Vater ist nicht so gut. Er ist Lehrer, aber sehr oft krank mit 58 Jahren.

Die Patientin beschreibt sich selbst als ruhig, aber nicht ausgeglichen. In ihr ist eine innere Unruhe. "Ich möchte manchmal oberflächlicher sein als meine Kolleginnen. Ich mache mir häufig Gedanken über die Zukunft. Ich denke dabei oft an Krieg, durch den vollkommen wehrlose Menschen zerstört werden. Ich bin so ohnmächtig dabei.""Wenn ich Probleme habe, brauche ich sehr lange, um darüber nachzudenken. Ich ziehe mich dann eher zurück "in mein Schneckenhaus", wie mein Mann sagt. Mein Mann dagegen ist sehr impulsiv, hektisch, braust leicht auf, kann sich aber auch fünf Minuten später wieder entschuldigen. Das kann ich nicht." Die Patientin sorgt wie eine Mutter für ihn. "Ich bin zufrieden, wenn mein Mann einen Beruf hat, der ihm Spaß macht." Die Patientin ist von Beruf Industriekaufmann, hat zwar eine Stelle, wo sie kommen und gehen kann, wann sie will, wäre aber lieber Werklehrerin geworden. Jetzt stellt sie sich oft vor, daß ein Familienleben schön wäre.

Gesprächsprotokoll Nr. 5

Die 30jährige Patientin kommt mit ihrem Ehemann in die Hormonambulanz wegen Kinderwunsches. Sie ist seit 10 Jahren verheiratet. Die Amenorrhoe ist eingetreten, nachdem sie 1973 die Pille abgesetzt hat. Seitdem hat sie häufig den Arzt gewechselt wegen des unerfüllten Kinderwunsches. Jetzt ist sie sich vollkommen ratlos gegenüber, nachdem ihr mitgeteilt worden ist, daß hormonell bei ihr alles in Ordnung sei: "Wir führen doch eine h o r m o n i s c h e Ehe. Ich möchte gern ein Kind, das mich aufmuntert. Sonst ist immer solch eine Totenstille im Haus." Die Patientin fühlt sich von den anderen Leuten im Dorf nicht akzeptiert, weil sie noch kein Kind hat. "Es tut so weh, wenn ich meine Bekannten und Freunde sehe, die alle Kinder haben. Dann frage ich mich, warum ich das nicht darf. - Aber ich will doch wenigstens meine Tage haben, sonst bin ich keine richtige Frau. Dann fühle ich mich ja wie eine alte Frau in den Wechseljahren."
Die Patientin berichtet über ihre Menarche: "Ich bin auf Toilette gegangen, und die ganze Hose war voll. Ich dachte, ich sei verletzt. Ich wußte gar nicht, was mit mir los war. Dann habe ich meine Mutter gerufen. Sie hat mir erklärt, daß es ganz natürlich sei. Sie hat Hemmungen gehabt, mich aufzuklären; dann bin ich durch die Schule aufgeklärt worden. Ich habe meine Tage regelmäßig alle 28 Tage gehabt; ich konnte es genau voraussagen. Sie sind immer sehr stark gewesen und haben 7 - 8 Tage gedauert.

Dabei habe ich unter Kreuzschmerzen gelitten."
Die Patientin leidet unter starken Angstgefühlen. "Wenn ich im Auto sitze, bekomme ich Angstzustände. Auch wenn ich vor Entscheidungen stehe oder zu Festen eingeladen bin, werde ich immer ganz unruhig. Das schlägt mir auf den Magen, und ich kriege Durchfall. Früher, als ich als Textilverkäuferin berufstätig war, war ich selbstsicherer."
Die Patientin drückt eine bewegende Hilflosigkeit aus: "Ich möchte geholfen werden." Dabei wirkt sie gequält und gehetzt mit körperlicher Begleitsymptomatik. Diese Patientin ist von einem dranghaften Kinderwunsch beseelt, dessen Erfüllung für sie wichtig ist sowohl unter dem Aspekt der Geltung als auch zum Ausfüllen der inneren Leere.

Gesprächsprotokoll Nr. 6

Die 25jährige kaufmännische Angestellte mit primärer Amenorrhoe lebt zur Zeit noch mit ihrer Mutter zusammen. Die Patientin möchte in dem der Untersuchung folgenden Monat ihren 42jährigen Verlobten, der mit seiner Tochter aus erster Ehe zusammenlebt, heiraten. Die Patientin kommt in die Ambulanz mit dem Wunsch nach Hysterektomie bei Zustand nach Atresien der Cervix und der Vagina; sie leidet unter starker Dysmenorrhoe. Es war schon eine plastische Operation durchgeführt worden, so daß das Menstruationsblut abfließen konnte. Jetzt war es erneut zu einem Verschluß des Cervixlumens gekommen. Der behandelnde Gynäkologe schlug der Patientin eine erneute plastische Operation unter Erhalt des Uterus vor. Die Patientin lehnte diesen Vorschlag ab. Sie schildert mir: "Die Schmerzen sind unzumutbar. Ich wünsche sie nicht meinem ärgsten Feind. Wenn ich das noch ein Jahr aushalten muß, kann ich das seelisch nicht ertragen. Wenn ich dann im 5. Stock wohnen würde, würde ich hinunterspringen. Es ist, als ob jemand mit einem Messer den Bauch aufschlitzt und die Gedärme herausfliegen. Dieses fürchterliche Gefühl dauert etwa anderthalb Tage an, die ich nur mit Tabletten aushalten kann. Dann kann ich nicht einmal mehr den Schlüpfer auf meinem Bauch ertragen." In dieser Zeit möchte die Patientin allein sein, niemand soll ihr Leiden miterleben. Die Patientin erzählt mit trauriger Stimme, daß sie sich früher als Lustobjekt gefühlt habe. Zwei Männer haben sie schwer gekränkt, als sie ihr gesagt haben, sie sei keine

richtige Frau, weil sie keine Kinder gebären könne. Der jetzige Verlobte liebt seine Tochter abgöttisch, wie die Patientin sagt. Sie befürchtet Rivalität zwischen diesem Kind und einem möglichen Neugeborenen. Deswegen falle es ihr auch nicht so schwer, sich für die Operation zu entscheiden. Die Wahrscheinlichkeit, daß sie Kinder kriege, sei ja sowieso nur 15%. Als sie mit 13 Jahren erfahren habe, daß sie keine Kinder bekommen könnte, sei sie sehr bedrückt gewesen. Sie hätte mit 15 Jahren nicht den Anblick der schwangeren Schwägerin ertragen können.
Mutter und Verlobter warten auf die Patientin wie die besorgten Eltern. Die Patientin wirkt während des Gesprächs sehr kontrolliert. Hinter der Beherrschtheit steht für mich ein kleines Mädchen, das weint, Trost bei seiner Mutter sucht und seinen väterlichen Verlobten heiraten will. Dieser Beziehung opfert sie ihre Gebärmutter.

Gesprächsprotokoll Nr. 7

Die 19jährige Patientin erzählt mir mit angstvoller gehetzter Stimme, daß sie noch nie ihre Tage gehabt habe. Sie habe Angst, später keine Kinder kriegen zu können. Für sie gehört die Menstruation zum Erwachsenendasein einer Frau. "Es ist normal, daß man die Tage hat, obwohl ich weiß, daß es auch unangenehm ist." Die Patientin wirkt sehr gequält auf Grund der Ungewißheit. Sie trägt sich mit Schuldgefühlen, weil sie während der Schulzeit so wenig gegessen habe. Sie habe zeitweise nur 40 kg bei einer Größe von 1,67 m gewogen, jetzt seien es 54 kg. Sie weiß selbst, daß sie jünger wirkt (ungefähr wie 16 Jahre). Früher sei sie häufig mit Leuten zusammengewesen, die vier bis fünf Jahre jünger seien als sie. Mittlerweile hätte sie mehr Kontakt zu Gleichaltrigen. Zur Zeit macht sie eine Lehre in einer Bäckerei und schildert ein besonderes Vertrauensverhältnis zu ihrer Chefin, mit der sie auch die Amenorrhoe besprochen habe. Ihre Mutter übe immer Druck aus und kontrolliere sie, sie kann aber keine Gefühle der Wut äußern. "Sonst kann ich mit meiner Mutter über alles reden, wir verstehen uns gut."
Es fällt ihr auch schwer, Wut und Enttäuschung über eine Beziehung zu einem Jungen auszudrücken, von dem sie nur benutzt worden ist, um die ehemalige Freundin eifersüchtig zu machen. Sie versucht wieder, mit den beiden etwas zu unternehmen: "Wir vermeiden das Thema und sprechen nicht mehr darüber, was gewesen ist." Dabei wirkt die

Patientin resigniert und leer, auch ohnmächtig gegenüber den familiären und beruflichen Leistungsansprüchen. Gleichzeitig besteht eine passive Erwartungshaltung. Sie ist darauf angewiesen, daß die Eltern sie zur Untersuchung bringen und der Vater sich dafür frei nehmen muß. "Allein finde ich von Krefeld nicht hierher." Bei dieser Patientin besteht neben der primären Amenorrhoe ein Fluor, der schon zwei Jahre andauert. Diese Patientin sieht sich in einer ausweglosen Situation. Einerseits ist sie noch so abhängig von den Eltern, gegen die sie gleichzeitig aber untergründig auch eine Menge Wut verspürt. Ich spüre bei ihr auch mir gegenüber einen Vorwurf, daß ich ihr nicht sagen kann, warum sie ihre Amenorrhoe nicht habe.

Gesprächsprotokoll Nr. 8

Die 17jährige Patientin mit Turner-Syndrom kommt mit ihrer Mutter zum Gespräch. Sie wirkt sehr aufgeregt und hat rote Flecken auf den Wangen; sie erscheint nicht debil. Die Mutter ist während des Gesprächs dabei und für die Patientin wie ein Anlehnungsobjekt, zu dem sie oft suchend hinblickt. Zunächst betont die Patientin, wie wohl sie sich mit ihrer Amenorrhoe fühle, berichtet aber dann, daß sie ihren Freundinnen das Ausbleiben der Periode verschwiegen habe; nur drei enge Vertraute wissen davon. Für die Patientin ist es ein besonderes Problem, daß die ein Jahr jüngere Schwester mit ihr in derselben Klasse ist. Diese Schwester hat allerdings schon ihre Regelblutung und ist auch körperlich größer als sie. Die Patientin leidet stärker unter ihrer körperlichen Kleinheit (1,53 m) und mangelnden sekundären Geschlechtsmerkmalen als unter dem Fehlen der Menstruation. Sie wirkt auch noch sehr kindlich und löst in mir Beschützerimpulse aus. Mit ihren Kleinheitsgefühlen reagiert die Patientin ganz realistisch auf ihren Körperbau.

Literaturverzeichnis

1) Alexander, D.; Ehrhardt, A.; Money, J.:
Defective Figure Drawing, Geometric and Human in Turner's Syndrome
Journal of Nervous and Mental Disease, 142, 1966, 161 - 167

2) Archer, David F.; Thomas, Ronald L.:
The Fallacy of the Postpill Amenorrhoea Syndrome
University of Pittsburgh School of Medicine
Pittsburgh, Pennsylvania
Clinical Obstetrics and Gynecology, Vol. 24, No. 3, 9/81, 943 - 950

3) Bakofen, A.:
Kriegserscheinungen in Gynäkologie und Geburtshilfe
Deutsche Medizinische Wochenschrift, 45, 1919, 212

4) Bass, F.:
Amenorrhoe im Konzentrationslager Theresienstadt
Gynaecologica, 123, 1947, 211

5) Broustra, M. M. J.; Bourgeois, M.; Boucaud, D. de:
Étude psychologique et psychopathologique de 10 syndromes de Turner
Bordeaux Médical, 12, 1970, 2957 - 2974

6) Sidney E. Cleveland:
Body Image Changes associated with Personality Reorganization
Journal of Consulting Psychology, 1960, Vol. 24, No. 3, 256 - 261

7) Gion Condrau:
Psychosomatik der Frauenheilkunde
Verlag Hans Huber, Bern und Stuttgart 1965, 131 - 155

8) Gion Condrau:
Rorschach-Test-Untersuchungen bei sekundärer Amenorrhoe
Schweizerische Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2, 125 - 138

9) Deutsch, Helene:
Die Psychologie der Frau, Band 1
Verlag Hans Huber, Bern 1948, 133 - 166

10) Diederichs, Peter:
Sekundäre Amenorrhoe und Sexualität
Sexualmedizin 6 (1977), 37 - 40

11) Diederichs, Peter:
Zur Psychosomatik der sekundären Amenorrhoe
Dissertation 1976, Freie Universität Berlin

12) Dmoch, Walter:
Regretted Sterilization - Psychodynamic Aspects of Refertilization in Reversibility of Sterilization - Psycho(patho)logical Aspects
Proceedings of the International Symposium on Reversibility of Sterilization (19. - 20.6.1980)
Herausgegeben von P. Nijs und I. Brosens

13) Elert, R.:
Zur Genese der Notstandsamenorrhoe
Geburtshilfe und Frauenheilkunde 12, 1952, 193 - 204

14) Fahrenberg, Jochen; Selg, Herbert; Hampel, Rainer:
Das Freiburger Persönlichkeits-Inventar (FPI)
Handanweisung, 3. ergänzte Auflage
Verlag für Psychologie Dr. C. J. Hogrefe
Göttingen, Toronto, Zürich

15) Fisher, Seymour:
A Further Appraisal of the Body Boundary Concept
Journal of Consulting Psychology, 1963, Vol. 27, No. 1
62 - 74

16) Fisher, Seymour; Fisher, Rhoda L.:
Body Image Boundaries and Patterns of Body Perception
Journal of Abnormal and Social Psychology, 1964, Vol.
68, No. 3, 255 - 262

17) Franks, S.; Murray, M. A. F.; Jequier, S. J. et al.:
Incidence and Significance of Hyperprolactinaemia in
women with Amenorrhea
Clinical Endocrinology 1975, 4, 597 - 607

18) Frick, V.; Lübke, R. et al.:
Die sekundäre Amenorrhoe: Psychosomatische Einführung
Therapiewoche 28, 9475 - 9484 (1978)

19) Garron, D. C.; Stoep, L. R.:
Personality and Intelligence in Turner's Syndrome
Arch. Gen. Psychiat., Vol. 21, Sept. 1969, 339 - 346

20) Jürgensen, Ortrun:
Gynäkologische Endokrinologie
in Die Psychologie des 20. Jahrhunderts

IX. Ergebnisse für die Medizin (1)
Psychosomatik
Herausgegeben von Peter Hahn, Kindler-Verlag
662 - 677

21) Jullien, P.; Doumic, J. et al.:
Syndrome de Turner et Schizophrénie
A propos d'une nouvelle observation ou s'associent les deux affections
Ann. Med. Interne 124, 1973, 571 - 575

22) Keller, E.; Frick, V. et al.:
Hormonprofile bei Patientinnen mit psychogener Amenorrhoe
Fortschritte der Fertilitätsforschung III, 1976
122 - 130

23) Kelley, K. et al.:
Psychological Correlations with Secondary Amenorrhea
Psychosomatic Medicine, 1954, 16, 129 - 147

24) Kepp/Staemmler:
Lehrbuch der Gynäkologie
Georg Thieme Verlag Stuttgart, New York, 1982,
107 - 118

25) Lidberg, C.:
Die Psyche infertiler Partner
Sexualmedizin 6, 1976, 414 - 417

26) Lingen, L. v.:
Kriegsamenorrhoe in Petersburg
Zentralblatt für Gynäkologie, 45, 1921, 1247

27) Lodewegens, F. J.; van Rijn, J. Bos et al.:
The Effects of Psychic Factors on the Spontaneous Cure of Secondary Amenorrhea: A Comparison of Cases with and without Spontaneous Cure
Journal of Psychosomatic Research, Vol. 21, 175 - 182

28) Massing, Almuth; Beckers, Wolfgang:
Zur Frage der Manifestationsbedingungen und Häufigkeitszunahme der Pubertätsmagersucht
Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse, 1974, 20, 53 - 59, Göttingen

29) McDonough, Paul G.:
Amenorrhea - Etiologic Approach to Diagnosis
Fertility and Sterility, Vol. 30, No. 1, July 1978, 1 - 15

30) Molinski, Hans:
Die unbewußte Angst vor dem Kind
Kindler Verlag 1972, 116 - 140

31) Molinski, Hans:
Psychische Auswirkungen kontrazeptiver Maßnahmen in Der Frauenarzt, Heft 5, September 1978, 19. Jahrgang, 432 - 437

32) Molinski, Hans:
Psychosomatische Symptome in der Gynäkologie und deren Pathogenese
Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 1971, 31, 859 - 864

33) Mueller, P.:
Die Regelblutungsstörung bei jungen Frauen: Ausdruck

eines gestörten Sexuallebens
Mitteilungen der Gesellschaft für praktische Sexualmedizin Nr. 2, Mai 1982, 2. Jahrgang, 13 - 14

34) Nilsson, A.:
Über sogenannte Krisenamenorrhoe
Zentralblatt für Gynäkologie, 44, 1920, 876

35) Noel, G. L. et al.:
Human Prolactin and Growth Hormone Release during Surgery and other Conditions of Stress
Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism (Philadelph.) 1972, 35, 840 - 851

36) Osofsky, Howard J.; Fisher, Seymour:
Psychological Correlates of the Development of Amenorrhea in a Stress Situation
Psychosomatic Medicine, 29, 1967, 15 - 23

37) Pearlman, T.; Egnal, N. S.; Walter, D. H.:
The Investigation and Treatment of Disturbed Gender Identity in a Young White Female as a Result of Unusual Genetic and Psychogenic Factors
South African Medical Journal, November 1970, 1296 - 1297

38) Peters, F.; Richter, D.; Breckwoldt, M.:
Sekundäre Amenorrhoe
Deutsche Medizinische Wochenschrift 103, 1978, 898 - 902
Georg Thieme Verlag Stuttgart

39) Prill: Die Psychomatik in der Gynäkologie
Blutungs- und Zyklusstörungen
Klinik der Frauenheilkunde Band IV, 551 - 557

40) Pschyrembel: Klinisches Wörterbuch
Walter de Gruyter Berlin, New York 1977

41) Richter, D.; Peters, F.; Breckwoldt, M.:
Psychosomatische und endokrinologische Befunde bei sekundärer Amenorrhoe
Archiv für Gynäkologie, Band 224, Heft 1 - 4, 1977, 564 - 566

42) Rosenkötter, Lutz u. a.:
Psychoanalytische Untersuchungen von Patientinnen mit funktioneller Amenorrhoe
Psyche 1968, 22, 838 - 860

43) Ross, W. Donald; Hirt, Michael; Kurtz, Richard:
The Fantasy of Dirt and Attitudes toward Body Products
The Journal of Nervous and Mental Disease, Vol. 146, No. 4, 1968, 303 - 309

44) Swanson, P. A.; Hart, G. A. D.; Miller, A. G.:
A Psychotic Reaction in a Sex Chromatin Negative Female
South African Medical Journal, 47, 1973, 146 - 147

45) Schmidt-Matthiesen:
Gynäkologie und Geburtshilfe
Schattauer-Verlag Stuttgart, New York, 4. Auflage 1979, 77 - 92

46) Schwartz, Harold A.:
Psychosomatic Amenorrhea
Psychosomatics Vol. 4, 1963, 222 - 223

47) Thomä, Helmut:
Schriften zur Praxis der Psychoanalyse:
Vom spiegelnden zum aktiven Psychoanalytiker
Literatur der Psychoanalyse
Herausgegeben von Alexander Mitscherlich
Suhrkamp Verlag, Frankfurt, 1981, 150 - 163

48) Tscherne: Menstruation und Menstruationsstörungen
Die Amenorrhoe
Klinik der Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Ein Handbuch für die Praxis
Herausgegeben von Prof. Dr. med. G. Döderlein und
Prof. Dr. Karl-Heinrich Wulf
6. Band, 207 - 216

49) Whitacre, F. E.; Barrera, B.:
War Amenorrhea - A Clinical and Laboratory Study
J. Am. Med. Ass. 124, 1944, 399 - 403

Lebenslauf

Am 6. Dezember 1958 wurde ich als drittes Kind der Eheleute Annemarie und Heinrich Wensel in Düsseldorf geboren.
Nach vierjährigem Volksschulbesuch trat ich in das Städt. Marie-Curie-Gymnasium in Düsseldorf ein und legte dort 1977 meine Abiturprüfung ab. Im Wintersemester 1977/78 begann ich das Studium der Medizin an der Universität Düsseldorf. Am 20.8.1982 bestand ich den Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung. Seit dem 18.10.1982 absolviere ich mein Praktisches Jahr und habe mich zum Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung gemeldet.

FOTODRUCK J. MAINZ GmbH
Neupforte 13, Nähe Markt, D-5100 Aachen
Telefon: (0241) 27305 und (0241) 38606